



FORMULAIRE DE COMMANDE

NOM : _____

PRENOM : _____

RUE : _____

ADRESSE 2 : _____

CP: _____

VILLE : _____

TEL: _____

EMAIL: _____ @ _____

MONTANT TTC = 59 €uros
PORT COLISSIMO = 8€uros
MONTANT TOTAL = 67 €uros

Signature :

A retourner signé à : **TELOR – 16 rue Louis Pasteur - 92100 Boulogne**
Ou : **Isabelle Lefevre – 33 avenue Maréchal Foch - 60500 Chantilly**

J'ai pris connaissance et j'accepte les conditions générales de vente
Disponibles sur le site www.sophrologue-ilv.fr

PAIEMENT : PAR CHEQUE à l'ORDRE de TELOR

Ou virement compte IBAN : **FR76 1027 8060 6700 0216 0610 153**

BIC : **CMCIFR2A**

Pour tout contact : contact@rnse.fr ou isabelle.vallee@neuf.fr