

BON DE COMMANDE



Inclusio Groupe

750 boulevard Charles Cros
ZAC Object'ifs Sud - Bâtiment Inclus'ifs
14123 IFS
France

ADRESSE DE FACTURATION

Nom
Prénom
Organisme
Adresse
.....
.....
.....
Code postal
Ville
Pays
Email (important pour le suivi de la commande)
Tél.....

ADRESSE DE LIVRAISON

Idem à l'adresse de facturation

Nom
Prénom
Organisme
Adresse
.....
.....
Code postal
Ville
Pays

IMPORTANT POUR LE SUIVI DE MA COMMANDE :

Email Tél.....

PROFESSION

J'exerce en : salarié libéral école

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste | <input type="checkbox"/> Neuropsychologue | <input type="checkbox"/> Médecin |
| <input type="checkbox"/> Orthoptiste | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Psychomotricien | <input type="checkbox"/> Éducateur |
| <input type="checkbox"/> Enseignant | <input type="checkbox"/> Autre profession | |

