

Compass *Nutrition*

Veillez compléter ce questionnaire et l'envoyer par télécopieur à :
905-726-8809

À l'extérieur de l'Amérique du Nord : **001-905-726-8809**

Sur réception de ce formulaire, notre personnel vous appellera pour confirmer votre commande.

Adresse de facturation

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ État/Province: _____ Code Postal/Zip _____

Pays : _____ Téléphone: (____) _____

Courriel : _____

Type de carte de crédit (encerclez): VISA MASTERCARD

Numéro de carte : _____ Expiry Date : ____/____

Nom du propriétaire de la carte : _____

Adresse de livraison (Compléter cette section si elle diffère de la facturation))

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ État/Province: _____ Code Postal/Zip _____

Pays : _____ Téléphone: (____) _____

Quel(s) produit(s) souhaitez-vous commander?

CarTCell NF (30 btlx x 30 ml) Quantité _____

Thymunex (30 ml) Quantité _____

Biostatin (60 capsules) Quantité _____

Signature : _____

Pour confirmer ma commande et le montant qui sera chargé sur ma carte de credit,
j'aimerais être contacté par (encerclez) : Courriel Téléphone