BON DE COMMANDE

Mr, Mme, Melle …….……
Adresse complète ……..
……
Code Postal : …….. Ville : ……..

désire recevoir :

Nb d'ex.	Titre de la revue	Réf.	Prix unit.	Total

Prix franco de port **pour la France métropolitaine** seulement.

Et verse la somme de : ……..€

A l'ordre de :

MISSION THERESIENNE
32 rue Jean de La Fontaine
75016 PARIS

Fax. 01 40 50 79 87