

BON DE COMMANDE

PURCHASE ORDER

<p>PORTRAIT DU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH)</p> <p>Dre Annick Vincent, M.D., psychiatre Durée : 55 minutes</p>	<p><i>PORTRAIT OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)</i></p> <p><i>Dr Annick Vincent, M.D., psychiatrist Running time : 55 minutes</i></p>
---	---

	Nombre d'exemplaires désiré <i>Number of copies</i>	Prix unitaire DVD ou VHS Envoi compris <i>Cost by unit Price Shipping included</i> 34,95\$ + TPS + TVQ = 39,82 \$
<input type="checkbox"/> VHS (français)	_____	_____
<input checked="" type="checkbox"/> <i>VHS not available in English</i>	■	■
<input type="checkbox"/> DVD (français)	_____	_____
<input type="checkbox"/> <i>DVD (English version)</i>	_____	_____

Nom (Name)

Fonction (Function)

Établissement (Institution)

Adresse (Address)

Ville (City)

Province (Province)

Pays (Country)

Code postal (Postal code)

Courriel (E-mail)

Téléphone travail (Work telephone)

Télécopieur (Fax)

Visa MasterCard Date expiration (Expiration date) : mois (month) _____ année (year) _____

No de carte de crédit (Credit card number): _____

Faites parvenir votre bon de commande dûment rempli accompagné d'un chèque ou mandat-poste au nom du Centre hospitalier Robert-Giffard, ou par une carte de crédit Visa ou MasterCard avec la date d'expiration à l'adresse suivante (utiliser le télécopieur seulement pour les commandes par cartes de crédit) :

You must send your purchase order with all information required with your payment by check or postal order to: Centre hospitalier Robert-Giffard or by credit card Visa or MasterCard with expiration date at the following address (use fax only for credit card orders):

Direction de l'enseignement Local L-1335
Institut universitaire en santé mentale de Québec
 2601, de la Canardière
 Québec, Qc G1J 2G3

Courriel (e-mail): enseignement@institutsmq.qc.ca Tél (Phone): 418-663-5146 Télécopieur (Fax): 418-663-7301