

Formulaire de commande Tropimed®

Je souhaite commander Tropimed® (licence mono-poste)

1. Informations personnelles (*Champ obligatoire):

Société

Nom*

Prénom*

Adresse*

Ville*

Département / Etat

Code postal*

Pays*

E-mail*

Téléphone

Fax

2. Devise, livraison et options de paiement (*Champ obligatoire):

Choisissez votre devise*

Expédition du CD-ROM*

Abonnement annuel

Frais d'envoi

Montant total

Code promotionnel

Mode de paiement:

Chèque (au nom de Tropimed)

Virement bancaire (Voir les instructions ci-dessous)

Carte de crédit

VISA

MASTERCARD

Titulaire de la carte

Numéro de la carte

Date d'expiration (mm/aa)

Signature _____ Date _____

Veuillez compléter et retourner ce formulaire à:
TROPIMED c/o Astral SA
Case Postale 142
CH-1211 Genève - Suisse
ou fax-le au: 0041 22 718 96 41

Instructions sur le virement bancaire:

UBS AG

Compte#:

IBAN #:

Swift #: UBSWCHZH 80A