

Formulaire de commandeTropimed®

Je souhaite renouveler Tropimed® (licence mono-poste)

1. Informations personnelles (*Champ obligatoire):

Société

Nom

Prénom

Adresse

Ville

Département / Etat□□

Code postal

Pays

E-mail*

Numéro de client*

Mot de passe Tropimed® Internet*

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*:

Facture

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 #:

BIC #: UBSWCHZH 12A