

**BON DE COMMANDE**

NOM DE L'ORGANISME : \_\_\_\_\_

AUX SOINS DE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre d'exemplaires (     ) X 6 \$                      TOTAL \_\_\_\_\_ \$

(incluant les frais de manutention)

**Paiement par chèque ou mandat postal seulement**

Adresser le paiement à : LETTRES EN MAIN INC.  
ALPHALUDO  
5483, 12<sup>e</sup> Avenue  
Montréal (Québec) H2X 1Z8  
(514) 729-3056