

Formulaire de commande: info@globomedica.ch

Commettant: Cabinet / Hôpital / Pharmacie:

Votre référence:

Adresse:

NP / Lieu:

Téléphone:

Fax:

Num. d'article	Description	Nombre des EO
9400015	ZYDELIG cpr pell 100 mg 60 pce	
9400016	ZYDELIG cpr pell 150 mg 60 pce	

Date:

Heure:

Expéditeur::

(Timbre / Signature)

Les commandes avant **14:00 heures** seront livrées le lendemain (exclu samedi et dimanche).
Commandes selon le tarif et les conditions générales de vente Gilead.