

## Bon de souscription

Je désire participer à la souscription du cahier de témoignages : La relation patient-médecin.

Nom Prénom :

---

Adresse :

---

E-mail :

---

Commande \_\_\_\_ exemplaires du cahier de témoignages au prix unitaire de 10 euros + 4 euros si envoi postal

Date, signature :