

**ACHAT – TABLEAU
COMPATIBILITÉ DES MÉDICAMENTS
ADMINISTRÉS EN (Y)**

Nombre d'exemplaires requis à 25,00 \$ l'unité : _____

+

Coût envoi postal pour

- 1 à 5 exemplaires : 5,00 \$
- 6 à 10 exemplaires : 10,00 \$
- 11 à 15 exemplaires : 15,00 \$

MONTANT TOTAL : _____

MODE DE PAIEMENT :

Payable par **chèque SEULEMENT** à l'ordre de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (CIP).

Nom de la personne ressource

Nom de l'entreprise ou de l'établissement

Département

Adresse

Ville

Province

Code postal

(_____) _____
Téléphone

(_____) _____
Télécopieur

**S.V.P. Veuillez faire parvenir votre demande d'achat par la
POSTE UNIQUEMENT EN Y ANNEXANT VOTRE CHÈQUE à :**

**Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Centre d'information pharmaceutique
5400, boul. Gouin Ouest
Montréal (Québec) H4J 1C5**