



BON DE COMMANDE

Coordonnées (en lettres détachées SVP)

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Organisation : _____ Titre fonction/ Service /Dépt. _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province-Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

TITRE	PRIX* MEMBRE*	PRIX * NON MEMBRE	QTÉ	MONTANT
<input type="checkbox"/> GUIDE CLINIQUE EN SOINS INFIRMIERS, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), 2 ^e édition, 2005	40 \$CA ou 30 €	45 \$CA ou 32 €		
<input type="checkbox"/> GUIDE PRATIQUE EN SOINS DE PLAIES - PRÉVENTION ET TRAITEMENT, CLSC Côte-des-Neiges, Montréal (Québec), 29 planches en couleur, mise à jour juillet 2009	16 \$CA ou 12 €	18 \$CA ou 14 €		
<input type="checkbox"/> TEXTES DES CONFÉRENCES PLÉNIÈRES DU 3 ^e CONGRÈS MONDIAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU SIDIIEF, mai 2006	20 \$CA ou 15 €	25 \$CA ou 20 €		
<input type="checkbox"/> HISTOIRE DE L'ÉTHIQUE MÉDICALE ET INFIRMIÈRE, contexte socioculturel et scientifique, 361 pages, 2000	37 \$CAN ou 25 €	40 \$ CA ou 30 €		
<input type="checkbox"/> LES SOINS DE PLAIES – AU CŒUR DU SAVOIR INFIRMIER OIIQ, nov. 2007, 500 pages	99,79\$ CA ou 73 €	110,88 \$ CA ou 83€		
<input type="checkbox"/> PRN – COMPRENDRE POUR INTERVENIR – Guide d'évaluation, de surveillance clinique et d'interventions infirmières, Comité Jeunesse de l'OIIQ, 2e édition, 2010	38 \$CA ou 20 €	42,22 \$CA ou 31 €		
sous-total :				
Transport (le montant total sera transmis par le SIDIIEF après réception de ce bon) : aérien <input type="checkbox"/> surface <input type="checkbox"/>				
TOTAL :				

MODES DE PAIEMENT

Versement sur le compte bancaire en euros du SIDIIEF avec mention du nom de l'adhérent:
Société générale, Agence Paris – Breteuil, 78, avenue de Breteuil, 75015 Paris, France. Code banque
: 30003 - Code guichet : 03291 - No compte 00037272057

Clé RIB : 51, BIC : SOGEFRPP - IBAN : FR76 30003 03291 00037272057 51

Montant total : _____ euros

Débitez ma carte Visa MasterCard

Date d'expiration (mois/an) Montant _____ \$

Nom du détenteur (caractères d'imprimerie) _____

Signature obligatoire (pour carte crédit) _____

PROCÉDURE DE PAIEMENT

Faites parvenir votre bon de commande à :

Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF)

Télécopieur : (514) 849-7870

dube@sidiief.org

Sur réception de votre bon de commande, nous vous enverrons le montant total par courriel.

Usage administratif

Réception de la commande		Facturation		Expédition	
Date	Par	Demandée le	Reçue le	Date	Par

Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF)
Téléphone : (514) 849-6060 • Télécopieur : (514) 849-7870 • Courriel : info@sidiief.org

*Les prix sont sujets à changement sans préavis