

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION COMMANDEZ EN LIGNE



Nom	
Prénom	
Numéro de client	
Nom de la pharmacie	
Adresse	
Ville	
Province	
Code postal	
Numéro de téléphone	
Numéro de télécopieur	
Adresse courriel	

Transmettre par courriel au [sac@galenova.com](mailto:sac@galenova.com)  
ou par télécopieur (450) 778-9810 / (888) 888-7979