

BON DE COMMANDE

Polyarthrite *infos*

Vous avez manqué quelques numéros de notre revue Polyarthrite infos ? Un numéro vous a particulièrement intéressé et vous voudriez l'offrir à un ami ?

Vous pouvez commander des anciens numéros de Polyarthrite *infos* en remplissant ce bon de commande. Les numéros sont gratuits mais une participation aux frais d'envoi vous est demandée.

NUMERO	DATE	THEME DU DOSSIER MEDICAL	QUANTITE
n°93	Décembre 2013	Mangez ce qu'il vous plaît à condition de...	
n°92	Septembre 2013	J'ai une PR mais pas que...	
n°91	Juin 2013	La mémoire de la douleur	
n°90	Mars 2013	Les stratégies dans la prise en charge de la PR	
n°89	Décembre 2012	Être atteint d'une maladie chronique	
n°88	Septembre 2012	L'actualité des traitements de la polyarthrite	
n°87	Juin 2012	Participer à sa prise en charge médicale	
n°86	Mars 2012	Chirurgie et PR : quelle évolution ?	
n°85	Décembre 2011	Jeune polyarthritique ou jeune dans la PR ?	
n°84	Septembre 2011	Résumé des conférences 11 ^e Salon de la polyarthrite	
n°83	Juin 2011	L'éducation thérapeutique dans la polyarthrite	
n°81	Décembre 2010	La prise en charge médicale de la polyarthrite	
n°80	Septembre 2010	Alimentation et PR	
n°79	Juin 2010	La polyarthrite au féminin	
n°78	Mars 2010	Polyarthrite, un cœur sous surveillance	
n°77	Décembre 2009	Les corticoïdes, amis ou ennemis des PR ?	
n°76	Septembre 2009	Ai-je un traitement efficace ?	
n°75	Juin 2009	Le pied polyarthritique	
Nombre total de numéros			

PARTICIPATION AUX FRAIS D'ENVOI	Montant	<i>Règlement de la participation par chèque à l'ordre de l'AFP^{ric}</i>
<input type="checkbox"/> Je commande 1 numéro, ma participation s'élève à :	2,80 €	
<input type="checkbox"/> Je commande 2 numéros, ma participation s'élève à :	5,00 €	
<input type="checkbox"/> Je commande 3 numéros, ma participation s'élève à :	6,90 €	
<input type="checkbox"/> Je commande 4 numéros, ma participation s'élève à :	7,90 €	
<input type="checkbox"/> Je commande 5 numéros, ma participation s'élève à :	8,90 €	

VOS COORDONNEES	B14INT
Nom : _____ Prénom : _____	
Date de naissance : _____ Date de début de PR : _____	
Autre rhumatisme inflammatoire chronique, lequel ? _____	
Adresse : _____ _____	
Code postal : _____ Ville : _____	
Téléphone : _____ E-mail : _____	

Envoyez votre bon de commande avec votre participation aux frais d'envoi à l'adresse suivante :
AFP^{ric} – 9, rue de Nemours - 75011