

**BON DE COMMANDE ARTHROFON®** (feuille à renvoyer)  
Laboratoire de Rhumatologie Appliquée 19 Place Tolozan 69001 LYON 04.78 .30.99.31

Je souhaite recevoir ma commande à l'adresse ci-dessous :  
(merci d'écrire en majuscules)

Mme    Melle    Mr

Nom : .....

Prénom : .....

N° : ..... Rue : .....

Code postal : .....

Ville : ..... Tel : .....

E mail : .....

**ARTHROFON® 60 gélules**

Mon traitement pour :

**1 MOIS** soit 25 € **frais de port offerts** soit **25 € par chèque** à l'ordre de LabRhA  
(Laboratoire de rhumatologie appliquée 19 Place Tolozan 69001 LYON)

**6 MOIS** soit 150 € + **1 MOIS offert** soit **150€ par chèque** à l'ordre de LabRhA

..... **MOIS** soit ..... € par chèque **frais de port offerts** à l'ordre de LabRhA

Cette commande sera livrée au plus tard 5 jours ouvrés après réception de ce présent bon de commande accompagné de l'ordonnance et du règlement par chèque.

Les informations figurant sur ce bon de commande font l'objet d'un traitement informatisé par notre société déclaré à la CNIL, conformément à la loi informatique et libertés N°7817 du 6 janvier 1978 et sont destinés exclusivement à la gestion de votre commande et le cas échéant à l'envoi d'informations complémentaires sur votre demande. Vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition ou de rectification à l'égard des données vous concernant que vous pouvez exercer à tous moment par écrit auprès de notre société. Toute modification ou rectification sera effectuée dans un délai maximum de deux (2) mois et vous sera notifiée dans les mêmes délais.

Avez-vous joint l'ordonnance de votre médecin ?   Oui    Dr : .....

Fait à : ..... Le : .....

Signature obligatoire : .....