



## BON DE COMMANDE\*

### MEMENTO ALLAITEMENT MATERNEL

NOM	
PRENOM	
PROFESSION	
STRUCTURE	
ADRESSE POSTALE	
CODE POSTAL	
VILLE	
TEL	
MAIL	

QUANTITE DEMANDEE (max 30 par envoi)	
---	--

DATE

SIGNATURE

**A RENVOYER**

**PAR FAX** au 03.27.98.29.48  
**PAR MAIL:** [naïtredansledouaisis@nordnet.fr](mailto:naïtredansledouaisis@nordnet.fr)  
**PAR COURRIER** 35 Place du Dr Maugin  
59500 DOUAI

\* Gratuit

Action financée dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique

