



ARPADA

Ile de France

Bon commande piles auditives

ADRESSE FACTURATION : celle de la personne assurée pour la demande, auprès de la caisse d'assurance maladie, de l'« Allocation forfaitaire annuelle pour frais d'entretien des prothèses ».

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL /_/_/_/_/_/_/ VILLE _____

ADRESSE EXPEDITION SI DIFFERENTE DE CELLE DE FACTURATION

NOM _____ PRENOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL /_/_/_/_/_/_/ VILLE _____

☎ (dom) /_/_/_/_/_/_/_/ ☎ (mobile) /_/_/_/_/_/_/_/_/

☎ (prof.) /_/_/_/_/_/_/_/_/ ☎ (fax) /_/_/_/_/_/_/_/_/

@ _____

- JE COMMANDE : _____ plaquettes de 6 piles auditives **type 10**
 _____ plaquettes de 6 piles auditives **type 13**
 _____ plaquettes de 6 piles auditives **type 312**
 _____ plaquettes de 6 piles auditives **type 675**
 _____ plaquettes de 6 piles auditives **type** _____

au tarif de **5.00 € la plaquette**, port compris.

Je verse la somme de _____ €, par chèque bancaire libellé **à l'ordre de l'ARPADA**.

Coupon à retourner à l'adresse suivante : **ARPADA 50 rue de la Plaine 75020 Paris**

ATTENTION, l'ARPADA est fermée pendant les vacances scolaires : pensez à faire votre commande en conséquence.

Cadre réservé à l'association

Piles :	Chèque :	Banque :	Facture :	Date :	Montant : €
---------	----------	----------	-----------	--------	-------------

Toute correspondance doit être adressée au siège administratif
Association Régionale de Parents et Amis de Déficients Auditifs
50 rue de la Plaine 75020 Paris
Tél. 01 43 57 65 70 - info@arpada-idf.org - www.arpada-idf.org
Siège Social : 23 rue André Rabier 95170 Deuil la barre