

Demande d'archives

Je souhaite recevoir le **numéro du Journal de Nervure** de :

Numéro :

Année :

12 €*

**supplément frais postaux étranger et DOM/TOM = 5 €*

Nom :

Prénom :

Adresse :

CHÈQUE À L'ORDRE DE MAXMED à envoyer avec cette demande à

MAXMED, 48 rue Sarrette, 75685 Paris Cédex 14

Téléphone : 06 59 88 69 69

Je souhaite recevoir un reçu