

Je souhaite m'inscrire !

BULLETIN D'INSCRIPTION A RETOURNER A :
LABORATOIRES JZ - 100 rue Léon Foucault - BP 40022
67401 ILLKIRCH CEDEX

Mme Mr Code Client Référence thérapeute

NOM Prénom :

TELEPHONE : Email :

NAISSANCE - DATE : HEURE : LIEU :

Je m'inscris au Club PREMIUM pour 10 € / an Je m'inscris au Club VIP pour 20 € / an

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre de JZ

Date et signature obligatoires :

N° Expire fin :

Notez les 3 dernier chiffres figurant au dos de la carte :