

ATELIER CLÉ EN MAIN  
*TIREZ LE MAXIMUM DE VOTRE PANIER D'ÉPICERIE*



## **BON DE COMMANDE**

(écrire en lettres moulées s.v.p.)

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Nom du responsable : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Veillez retourner ce bon de commande  
à l'attention de :

**Madame Ellen Ward**  
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord  
**835, boul. Jolliet, Baie-Comeau (Québec) G5C 1P5**

**Télécopieur : 418 589-8574**

**Courriel : ellen.ward.09ciss@ssss.gouv.qc.ca**