

Veillez remplir les informations et les envoyer par courriel à [canadaorder@inhealth.com](mailto:canadaorder@inhealth.com) ou par télécopieur au (226)641-5285.

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Cochez le mode de communication que vous préférez (courriel ou téléphone)

Date de Naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Veillez choisir l'UNE des options suivantes:**

SPEAKFREE® HANDS FREE HME	 <b>BE 1090EZ-6</b> <b>SpeakFree® ClassicFlow®</b> (6 par paquet)	 <b>BE 1090EF-6</b> <b>SpeakFree® EasyFlow®</b> (6 par paquet)
	 <b>BE 1091-10</b> <b>NOUVEAU Day&amp;Night® ClassicFlow®</b> (10 par paquet)	 <b>BE 1092-10</b> <b>NOUVEAU Day&amp;Night® EasyFlow®</b> (10 par paquet)

**Veillez en choisir DEUX parmi les suivants:**



**BE 6082-6**

**AccuFit® Round**  
(Paquet de 6)



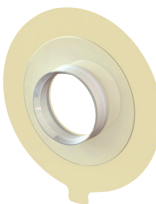
**BE 6083-6**

**AccuFit® Oval**  
(Paquet de 6)



**BE 6084-6**

**AccuFit® Extra Oval**  
(Paquet de 6)



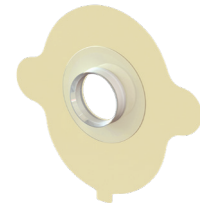
**BE 6085-6**

**HydroFit® Round**  
(Paquet de 6)



**BE 6086-6**

**HydroFit® Oval**  
(Paquet de 6)



**BE 6087-6**

**HydroFit® Extra Oval**  
(Paquet de 6)