

**DEMANDE DE RÉAPPROVISIONNEMENT EN CARTES
DE PRÉVENTION DE L' ENDOCARDITE INFECTIEUSE**

Le Docteur _____

Adresse _____

Code postal [] [] [] [] [] []

Ville _____

Tél: _____

Fax: _____

Email: _____

Cachet du médecin

Désir recevoir des cartes de prévention de l' endocardite infectieuse

Nombre de lot(s) de 10 cartes _____ Groupe **A** risque élevé (R)

Nombre de lot(s) de 10 cartes _____ Groupe **B** risque modéré (V)

Date _____ Signature

Adresser à : Fédération Française de Cardiologie
5, rue des colonnes du trône – 75012 PARIS
www.fedecardio.com