



INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MTL

DATE: _____

NOM: _____ SERVICE: _____

TÉLÉPHONE (514) 376-3330 POSTE _____ # PORTE ICM : _____

COURRIEL : _____ ÉPREUVE : OUI ☐ NON ☐

DOCUMENT: PAPIER ☐ FICHIER ☐ N/B ☐ COULEUR ☐

DESCRIPTION DE L'ORIGINAL

NOM DU DOCUMENT : _____

NBRE/PAGES: _____ 8.5 X 11 ☐ 8.5 X 14 ☐ 11 X 17 ☐ 12 X 18 ☐ RECTO ☐ R/V ☐ COLLAGE ☐













DESCRIPTION DU PRODUIT FINAL

Q^{TE} DE COPIES : _____ RECTO ☐ R/V ☐ PAPIER ☐ _____ CARTON ☐ _____ ACÉTATE ☐ AUTOCOLLANT ☐

NOTES:

[illegible]

FINITION

TROUÉ	PLIÉ: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	BROCHÉ	RELIURE	MISE EN TABLETTE	PLIÉ & BROCHÉ	PLASTIFICATION
3 trous 	2  <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	Cerlox <input type="checkbox"/>	Q ^{te} de feuilles par tablette	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Lustré <input type="checkbox"/>
2 trous  	3  <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	Spirale <input type="checkbox"/>			Mat <input type="checkbox"/>
autre :	4  <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	Reliure allemande <input type="checkbox"/>	Collée <input type="checkbox"/>		3 mil. <input type="checkbox"/>
	Texte: Int. <input type="checkbox"/> Ext. <input type="checkbox"/>		Encollé <input type="checkbox"/>	Indiquez d'un X le côté à coller		5 mil. <input type="checkbox"/>
	Z <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	autre :			autre :
	ENVELOPPANT <input type="checkbox"/>					
	SCORE <input type="checkbox"/>			À RABAT <input type="checkbox"/>		

Numéro du bordereau de livraison : _____ Date de livraison : _____