

FERRING ORDER FORM/ BON DE COMMANDE



To receive the REKOVELLE® pen, fill out and return the order form via/
Pour recevoir le Stylo REKOVELLE®, remplissez et retournez le formulaire de commande par:

Fax: 416-642-1656

Email: CA0-ConnectCanada@ferring.com

Bill to: 7DIRECT

Ship to:

Name / Nom

_____ / _____
First / Prénom / Last / Nom

Address / Adresse

Postal Code / Code Postal

Phone / Téléphone

<u>Code</u>	<u>Product/Produit</u>	<u>Quantity/Quantité*</u>
2001053287	REKOVELLE® Pen/ Stylo REKOVELLE®	_____

*One pen per patient prescribed REKOVELLE®/ Un stylo par patient prescrit REKOVELLE®

HCP Signature _____

Date (MM/DD/YYYY) _____

PRODUCT IS BEING PROVIDED AT \$0 VALUE / LE PRODUIT EST FOURNI A LA VALEUR DE 0 \$

REKOVELLE® is a registered Trademark of Ferring B.V./ marque de commerce déposée de Ferring B.V