



Reset Form

**PERSONAL USE Order Form – Materials Request**  
**Formulaire de commande individuelle - Demande de matériel**

Available to Members Only / Pour les membres uniquement

Please send the completed form to [distribution@addisonsociety.ca](mailto:distribution@addisonsociety.ca) or open it in Adobe Reader and click the submit button.  
 Please allow 2 weeks to fulfill your order, plus Canada Post mailing time. Thank You!

Veuillez envoyer le document complété à [distribution@addisonsociety.ca](mailto:distribution@addisonsociety.ca) ou l'ouvrir avec Adobe Reader avant de cliquer sur le bouton soumettre. Prévoyez deux semaines pour l'exécution de votre commande, plus le temps d'envoi par Postes Canada. Merci !

**CONTACT AND MAILING INFORMATION / Coordonnées et adresse d'envoi**

*Who will be receiving this order? / Qui va recevoir la commande?*

<b>Name of Contact Person</b> <b>Nom de la personne de contact</b>		
<b>Street Address &amp; City</b> <b>Adresse et ville</b>		
<b>Province / Territory &amp; Postal Code</b> <b>Province / territoire et code postal</b>		
<b>Contact Email Address</b> <b>Courriel de la personne de contact</b>		

**I certify that I am a member of the Canadian Addison Society. / Je certifie que je suis membre de la Société Canadienne d'Addison.**

**ITEMS REQUESTED / Articles demandés**

*Please select from the following list. / Veuillez choisir dans la liste suivante.*



**2ml Demo ACT-O-VIALS**  
**Flacons ACT-O-VIALS de démonstration de 2ml**  
*For training purposes, contain water. / A fin de formation, contient de l'eau.*



**Emergency Injection Instruction Sheet**  
**Fiche d'instruction pour l'injection d'urgence**



**Emergency Medical Information Card**  
**Carte de renseignements médicaux d'urgence**

**Information to be printed on card / Renseignements à imprimer sur la carte**

Name / Nom

Birth date / Date de naissance

**Adobe Reader - Click here to submit order / Cliquez ici pour soumettre la demande**