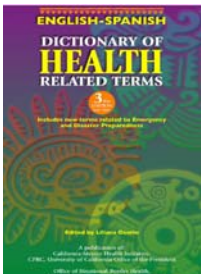
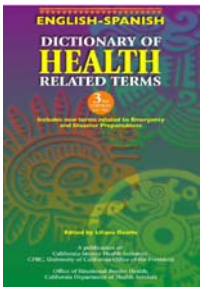


ORDER FORM



Please fill out this form. There is a **$3.00 dollar charge per copy for shipping and handling.**
(Por favor llene esta forma. El cobro de **envío y paquetería es de $3.00** dólares por cada copia solicitada).

BOOK TITLE (Título del Libro)	**QUANTITY** (Cantidad)	**$3.00 per copy** ($3.00 por copia)	**TOTAL** (Total)
ENGLISH-SPANISH DICTIONARY OF HEALTH RELATED TERMS (DICCIONARIO DE TERMINOS DE SALUD ESPAÑOL-INGLES)			

Pick up copy(ies) at COBBH office Yes ☐ no charge ☐ No

(Recoger copia(s) en la oficina de COBBH) Sí ☐ (libre de costo) ☐ No

Shipping Information
(Información de Envío)

Organization:_____
(Organización)
Contact: _____ **Phone** _____
(Contacto) (Teléfono)
Address: _____
(Dirección)
City: _____ **State:**_____ **Zip**_____
(Ciudad) (Estado) (Codígo Postal)

Check or Money Order Payable to: (Cheque u Orden de Pago a nombre de):
UC REGENTS – EX10930

Please **fax** this form attention Yvette Durazo (619) 692-8821, **email**: cobbhinfo@dhs.ca.gov or **mail** with the check to **3851 Rosecrans Street, Room Y15, San Diego, CA 92110.**

(Por favor mande esta forma vía fax a la atención de Yvette Durazo (619) 692-8472, vía correo electrónico: cobbhinfo@dhs.ca.gov o por correo junto con su cheque a **COBBH**, **3851 Rosecrans Street, Room Y15, San Diego, CA 92110).**

Office Use Only

Received request by (Staff)_____ Date:_____
Included on database by:_____ Date:_____
Copy(s) mailed by_____ Date:_____

Type of Mail: ☐ Regular Mail ☐ FexEX *Pick up Copies at COBBH office Date:* _____