



À REMPLIR PAR L'ABONNÉ-E QUI PARRAINE

Je souhaite bénéficier de mon Bon d'achat Prescrire d'un montant de **36 €**, à valoir sur une prochaine commande de productions Prescrire

Je fais don de mon Bon d'achat Prescrire à l'Association Mieux Prescrire au profit du dispositif *Abonnés Solidaires*

Nom : Prénom : Tél :

Courriel (obligatoire) : Mon n° d'abonné-e



À REMPLIR PAR LE-LA FILLEUL-E

Les tarifs d'abonnement indiqués plus bas intègrent la remise parrainage de **36 € pour ma première année**



JE RENSEIGNE MES COORDONNÉES

Mme M. Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Profession :

Lieu d'exercice (maison de santé, officine, cabinet, etc.) :

Courriel (obligatoire) : Tél :

JE CHOISIS MON MODE DE PAIEMENT

Le prélèvement annuel c'est simple, pratique, et avantageux !

Je règle **306 € par prélèvement annuel et je bénéficie d'une économie de 30 € par an**

Je choisis de régler par **prélèvements mensuels de 28 €**

Je règle **336 €** par carte bancaire, chèque ou virement

Carte bancaire N°

Date de fin de validité 20

Date et signature obligatoires :

Chèque à l'ordre de Prescrire

Virement sur le compte La Banque Postale Paris
IBAN : FR44 2004 1000 0100 6120 5H02 022 / BIC : PSSTFRPPPAR

Je retourne le mandat de prélèvements SEPA ci-dessous permettant le paiement de mes factures, complété et signé, accompagné d'un RIB

Référence unique du mandat sera complétée par l'Association Mieux Prescrire après enregistrement de ma commande.

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise d'une part l'Association Mieux Prescrire à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et d'autre part ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de l'Association Mieux Prescrire.

Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

Mes droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que je peux obtenir auprès de ma banque.

① Titulaire du compte

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal Ville :

Pays :

② Désignation du compte à débiter

IBAN

BIC

Type de paiement récurrent ponctuel

③ Organisme créancier



Association Mieux Prescrire
83 bd Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11

Identifiant Créancier
SEPA

FR 50 AMP 398750

④ Date et signature

Fait à le 20

Signature obligatoire :

1940_19WPARA1

Le paiement par prélèvement est ouvert aux titulaires d'un compte bancaire situé dans l'Union Européenne, la Suisse ou un autre pays de la zone SEPA.

Le paiement d'un abonnement individuel par un tiers industriel n'est pas accepté. Tarif TTC, valable jusqu'au 31 août 2019.

Conformément à la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données, je dispose d'un droit d'accès et de modification de mes données auprès de :
Prescrire - 83 boulevard Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11 - FRANCE.

Les informations recueillies sont destinées à la gestion de mon abonnement, et à la gestion des propositions de *Prescrire* concernant les Productions Prescrire à usage professionnel. Elles ne sont ni louées, ni cédées, ni vendues à qui que ce soit. Si je ne souhaite pas recevoir ces propositions de *Prescrire*, je coche cette case