Bulletin d'abonnement parrainage

À compléter et à retourner sous enveloppe **sans affranchir à partir de la France** à : *Prescrire* - Libre Réponse 88031 - 75542 PARIS CEDEX 11 ou par fax au (33)(0)1 49 23 76 48 ou à relationsabonnes@prescrire.org

À REMPLIR PAR L'ABONNÉ-E QUI PARRAINE

Bon d'achat Prescrire d'une valeur de 36 €

☐ 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

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification de mes données auprès de : *Prescrire* - 83 boulevard Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11 - FRANCE.

À REMPLIR PAR LE-LA FILLEUL-E

Avantage Filleul-e d'une valeur de 36 €

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 : ....

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification de mes données auprès de : *Prescrire* - 83 boulevard Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11 - FRANCE.

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'<u>une économie de 30 € par an</u>**

☐ **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.

❶ Titulaire du compte

Nom : ________ Prénom : ________

Adresse : ________

Code Postal Ville : ________

Pays : ________

❷ Désignation du compte à débiter

IBAN

BIC

Type de paiement ☑ récurrent ☐ ponctuel

❸ Organisme créancier

Association Mieux Prescrire
83 bd Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11

Identifiant Créancier SEPA

FR 50 AMP 398750

❹ Date et signature

Fait à ________ le 20

Signature obligatoire :

1940_18WPARA1

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 2018.