Bulletin d'abonnement

À compléter et à retourner sous enveloppe **sans affranchir à partir de la France** à : *Prescrire* - Libre Réponse 88031 - 75533 PARIS CEDEX 11 ou par fax au (33)(0)1 49 23 76 48 ou à relationsabonnes@prescrire.org

☑ Je souscris un *Abonnement Professionnel* à *Prescrire*

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 342 € par prélèvement annuel et je bénéficie d'une économie de 30 € par an**

☐ **Je choisis de régler par prélèvements mensuels de 31 €**

Je règle 372 € 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 : _____

❸ Organisme créancier

Association Mieux Prescrire
83 bd Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11

Identifiant Créancier SEPA

FR 50 AMP 398750

❷ Désignation du compte à débiter

IBAN ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

BIC ⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ Type de paiement ☑ récurrent ☐ ponctuel

❹ Date et signature

Fait à _____ le ⌊_⌊_⌋⌊_⌊_⌋ 20⌊_⌊_⌋

Signature obligatoire :

1940_17WLRPA1

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 2017.