L'INTÉGRALE Prescrire

BULLETIN D'ABONNEMENT

À compléter et à retourner à : *Prescrire* - Équipe Relations Abonnés - 83 bd Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11 - FRANCE

L'abonnement à *L'Intégrale Prescrire* est un abonnement à durée libre, avec une durée minimale de souscription de 6 mois.
Il comprend la livraison des numéros mensuels de *Prescrire*, l'édition annuelle du Guide annuel "Éviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses – Comprendre et décider" ; un accès personnel complet à tous les services documentaires du site www.prescrire.org ; ainsi que la mise à disposition de la Bibliothèque électronique Prescrire.

La Bibliothèque électronique Prescrire permet de disposer, en version numérique, sur un ou deux ordinateurs (PC Windows®), de l'intégralité des textes publiés depuis le n° 1 de *Prescrire*. Ce service est actualisé régulièrement, par téléchargement (via une connexion internet haut débit) et par la livraison de DVD-Rom.

Important : le bon fonctionnement de la Bibliothèque électronique Prescrire nécessite un ordinateur avec un lecteur de DVD-Rom, ayant au moins 6 Go d'espace disponible sur le disque dur, 512 Mo de RAM, et un affichage écran de 1024x768 pixels. La Bibliothèque électronique est optimisée pour un ordinateur PC doté d'un processeur Intel Pentium 4® ou équivalent, avec Microsoft Windows® (Windows 7® 32 ou 64 bits, Vista®, XP® (service pack 3 ou 2)).
La Bibliothèque électronique fonctionne sur certains ordinateurs Macintosh®, dotés d'un processeur Power PC® (G5, G4 ou G3) ou Intel®, avec MAC OS X® (10.5 ou 10.4), en date du 1er/12/2011.

☐ Je m'abonne à *L'Intégrale Prescrire*. Vous trouverez ci-dessous mes coordonnées utiles pour toute correspondance (1) :

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. Prénom : ..... Nom : .....

Profession : ..... Lieu d'exercice : .....

Adresse : .....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Télécopie : ..... Courriel : .....

J'ai bien noté la configuration requise pour un bon fonctionnement de la Bibliothèque électronique Prescrire.

La bibliothèque sera installée sur : ☐ PC Windows® ☐ Mac OSX® (non recommandé)

☐ Je choisis ma formule d'abonnement :

IMPORTANT : indiquer dans ce tableau votre choix d'abonnement et le tarif s'appliquant à votre situation (en fonction de votre activité principale)

	Formule "paiement mensuel" (par prélèvements automatiques) (3)	Formule "paiement annuel"	
		Par prélèvement automatique (3)	Par chèque ou carte bancaire
NORMAL (2)	☐ 33,00 € / mois	☐ 373 €	☐ 398 €
RÉDUIT (2) : Médecins ou pharmaciens libéraux installés depuis moins de 5 ans ; médecins remplaçants ; pharmaciens adjoints ; préparateurs en pharmacie ; assistants des hôpitaux ; chefs de clinique ; praticiens hospitaliers à temps partiel et praticiens adjoints contractuels ; médecins scolaires ; médecins de PMI ; sages-femmes ; infirmiers ; conjoints d'abonnés ; retraités. **Sur justificatif, merci.**	☐ 26,50 € / mois	☐ 294 €	☐ 319 €
ÉTUDIANTS (2) : Étudiants non thésés ; internes des hôpitaux (ou faisant fonction d'internes) ; résidents ; demandeurs d'emploi ; congés parentaux d'éducation. **Sur justificatif, merci.**	☐ 19,50 € / mois	☐ 208 €	☐ 233 €

NB : Paiement direct par l'abonné(e) ou un tiers individuel, ou une association à but non lucratif (formation continue, recherche), ou un centre hospitalier ou tout autre unité de soins, ou une université ou un service de médecine du travail. Autres situations (institutions, organismes de sécurité sociale, etc.) : nous consulter. **Le paiement par un tiers industriel n'est pas accepté.**

CHOIX 1

☐ **Je choisis la formule "paiement mensuel"** (au tarif que j'ai indiqué dans le tableau ci-dessus) **en réglant par prélèvements automatiques**.
Je renseigne l'autorisation de prélèvements figurant plus bas et je joins un RIB.

OU

CHOIX 2

☐ **Je choisis la formule "paiement annuel"** (au tarif que j'ai indiqué dans le tableau ci-dessus) **et je règle par :**

☐ Prélèvement automatique. **Je bénéficie ainsi d'une réduction de 25 € sur le montant annuel de mon abonnement.**
Je renseigne l'autorisation de prélèvements figurant plus bas et je joins un relevé d'identité bancaire (RIB).

☐ Chèque bancaire à l'ordre de *Prescrire*

☐ Carte bancaire : ☐ american express ☐ eurocard ☐ mastercard ☐ visa

n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date fin de validité : |_|_| 20 |_|_|

Signature

Autorisation de prélèvements

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, les prélèvements automatiques demandés par l'Association Mieux Prescrire. En cas de litige, je pourrais faire suspendre l'exécution des prélèvements automatiques sur simple demande adressée à l'établissement teneur de mon compte.

1 TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Pays : .....

2 DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

Code banque : |_|_|_|_|_| Code guichet : |_|_|_|_|_|

N° de compte : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Clé RIB : |_|_|

Organisme créancier :
Association Mieux Prescrire
83 bd Voltaire 75558 PARIS CEDEX 11

N° National d'émetteur :
398750

3 ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Document réservé aux titulaires d'un compte domicilié en France

Établissement : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

4 DATE ET SIGNATURE

Date : ..... Signature (obligatoire) :

Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB)

1940_12WINT1

1- Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.
2- Tarifs incluant les frais de port.
3- Mode de paiement disponible uniquement pour les titulaires d'un compte en France ou en Belgique (pour la Belgique, demander un avis de domiciliation bancaire auprès de l'équipe Relations Abonnés : relationsabonnes@prescrire.org)