BULLETIN D'ABONNEMENT

À compléter et à retourner par fax au (33) (0)1 49 23 76 48 ou à : *Prescrire* - 83 bd Voltaire 75558 PARIS CEDEX 11 - FRANCE

L'abonnement à *Prescrire* inclut chaque année les 12 numéros de la *revue*, l'édition annuelle du Guide "Éviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses" (250 pages environ pour la prochaine édition ; décembre 2008), l'Index électronique Prescrire et un accès personnel complet au site internet *Prescrire* (incluant le service "Textes en ligne"). Une facture acquittée (certificat d'abonnement), prête à être transmise aux organismes chargés du suivi de la formation, est fournie.

En retournant ce bulletin aujourd'hui, vous débuterez votre abonnement avec le Numéro Spécial :

"Fonder les décisions de soins sur du solide"
(août 2008, 80 pages)

NB : Modalités appliquées à tout bulletin retourné avant le 15 octobre 2008.

Merci de bien vouloir fournir les informations suivantes :

☐ Mlle ☐ Mme ☐ M.

Nom : ..... Prénom : .....

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

Adresse : n° : ..... Rue : .....

..... Code postal : .....

Ville : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Courriel : .....

Ma demande fait suite à : ☐ un courriel de *Prescrire* (09E1)
☐ une visite du site www.prescrire.org (09W1)

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

2 choix d'abonnement : L'abonnement 1 an ou L'abonnement Tranquillité (abonnement à durée libre) (1)

☐ **Je m'abonne à *Prescrire***

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

	FORMULES D'ABONNEMENT	
	1 AN	**Tranquillité (par an) (1)**
Tarif NORMAL (2) (3)	☐ 265 €	☐ **245 €**
Tarif RÉDUIT (2) (3) : Assistants des hôpitaux ; chefs de clinique ; praticiens hospitaliers à temps partiel et praticiens adjoints contractuels ; infirmiers ; sages-femmes ; médecins remplaçants ; médecins ou pharmaciens libéraux installés depuis moins de 5 ans ; pharmaciens adjoints (assistants) ; préparateurs en pharmacie ; retraités. **Merci de joindre un justificatif.**	☐ 200 €	☐ **180 €**
Tarif ÉTUDIANTS (2) (3) : Étudiants non thésés ; internes des hôpitaux (ou faisant fonction d'internes) ; résidents ; demandeurs d'emploi ; congés parentaux d'éducation. **Merci de joindre un justificatif.**	☐ 144 €	☐ **124 €**
Tarif INSTITUTIONS (2) : Entreprises ; administrations ; organismes de sécurité sociale ; etc.	☐ 600 €	☐ **580 €**

(1) Formule d'abonnement à durée libre avec un règlement annuel par débit direct du compte, destinée aux titulaires d'un compte bancaire domicilié en France (prélèvement automatique) ou en Belgique (domiciliation bancaire)
(2) Tarifs port inclus pour l'Union Européenne et la Suisse. Expéditions autres zones géographiques : supplément de 20 € pour 1 an ou 40 € pour 2 ans.
(3) Paiement direct par l'abonné(e), un tiers individuel, une association à but non lucratif, un centre hospitalier ou tout autre unité de soins, une université ou un service de médecine du travail.
Le paiement par un tiers industriel n'est pas accepté.

CHOIX 1

☐ **Je choisis l'abonnement 1 an (au tarif que j'ai indiqué dans le tableau ci-dessus)**

☐ **Je règle par :**

☐ Chèque bancaire à l'ordre de *Prescrire*

☐ Virement sur le compte CCP PARIS 20041 00001 0061205H020 22
(IBAN : FR44 2004 1000 0100 6120 5H02 022 / BIC : PSSTFRPPPAR)

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

N° |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| Date fin de validité |_|_| 20 |_|_|

Signature :

CHOIX 2 — Formule d'abonnement réservée aux titulaires d'un compte domicilié en France ou en Belgique (a)

☐ **Je choisis l'abonnement Tranquillité, abonnement à durée libre**
(au tarif que j'ai indiqué dans le tableau plus haut)

20 € d'économie par an

Je règle par prélèvements automatiques ou domiciliation bancaire (a).
Je bénéficie ainsi **chaque année d'une économie de 20 €** sur mon tarif d'abonnement et je peux résilier mon abonnement à tout moment, par simple courrier.
Je renseigne l'autorisation de prélèvements ci-dessous dans son intégralité, et je retourne ce bulletin (sans le découper) accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB).

Autorisation de prélèvements

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

3 ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Document réservé aux titulaires d'un compte domicilié en France

Établissement : .....

Adresse : .....

.....

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

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

N° National d'émetteur :
398750

4 DATE ET SIGNATURE

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

Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB)

1627

(a) Titulaires d'un compte domicilié en Belgique : merci de contacter le Service aux Abonnés pour recevoir un avis de domiciliation (courriel : abonnements@prescrire.org).