

Tarifs Soutien International

Afin de soutenir les professionnels de santé exerçant dans les pays à faibles ressources économiques, *Prescrire* a mis en place à leur intention les tarifs d'abonnement spécifiques ci-dessous.

Pour bénéficier d'un Tarif Soutien International, il suffit que l'abonnement soit livré dans un pays ne figurant pas dans la liste suivante :

Tous les pays faisant partie de l'Union européenne (à l'exception de la Bulgarie et de la Roumanie) ainsi que ceux qui suivent : Australie, Arabie Saoudite, Argentine, Brunei, Canada, Croatie, Émirats Arabes Unis, États-Unis d'Amérique, Hong Kong, Islande, Israël, Japon, Koweït, Liechtenstein, Nouvelle Zélande, Norvège, Oman, Qatar, République de Corée, Singapour, Suisse.

En cas d'abonnement à livrer en Algérie, merci de vous adresser à notre représentant local : La Boussole du Praticien ; Dr Houria FARHI ; Courriel : contact@laboussoledupraticien.com.dz ; site web : www.laboussoledupraticien.com.dz

Je m'abonne à *Prescrire* au tarif suivant :

Tarifs Soutien International	1 AN	2 ANS
TARIF NORMAL (1)	<input type="checkbox"/> 123 € (184 USD)	<input type="checkbox"/> 228 € (342 USD)
Tarif Réduit (1) Médecins ou pharmaciens installés depuis moins de 5 ans ; médecins remplaçants ; assistants des hôpitaux ; chefs de clinique ; praticiens hospitaliers à temps partiel et praticiens adjoints contractuels ; médecins scolaires ; médecins de PMI ; pharmaciens adjoints (assistants) ; préparateurs en pharmacie ; infirmiers ; sages-femmes ; conjoints d'abonnés ; retraités. Sur justificatif, merci.	<input type="checkbox"/> 78 € (117 USD)	<input type="checkbox"/> 144 € (216 USD)
Tarif Étudiants (1) Étudiants non thésés ; internes des hôpitaux (ou faisant fonction d'internes) ; résidents ; demandeurs d'emplois ; congés parentaux d'éducation. Sur justificatif, merci.	<input type="checkbox"/> 59 € (88 USD)	<input type="checkbox"/> 107 € (160 USD)
INSTITUTIONS	NOUS CONTACTER	

1- Paiement direct par l'abonné(e) ou par un tiers individuel ou institutionnel, quel que soit son pays de domiciliation, ou un centre hospitalier ou toute autre unité de soins.

Le paiement par un tiers industriel n'est pas accepté.

NB : le taux de change (euro/USD) est de 1 € = 1,50 USD. (taux arrêté au 01/05/2008).

Mlle Mme M. Nom : Prénom :
 Profession : Lieu d'exercice :
 Adresse :
 Code postal : Ville : Pays :
 Téléphone : Télécopie : Courriel :

Je joins mon règlement par :

chèque (en € ou USD) à l'ordre de *Prescrire*

carte bancaire : american express eurocard mastercard visa

N°

Date de fin de validité : 20

Signature : _____

par virement sur le compte CCP Paris N° 20041 00001 0061205H020 22
 (IBAN : FR44 2004 1000 0100 6120 5H02 022 / BIC : PSSTFRPPPAR)

Bulletin à retourner accompagné de votre règlement à :

***Prescrire* – Service aux Abonnés International**

83 boulevard Voltaire – 75558 PARIS CEDEX 11 FRANCE

Tél : (33) (0) 1 49 23 72 86 – Fax : (33) (0) 1 49 23 76 48 – Courriel : international@prescrire.org