Bulletin d'abonnement parrainage à durée libre

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

☐ 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*

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

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Courriel (obligatoire) : ..... Mon n° d'abonné-e ☐☐☐☐☐☐

À REMPLIR PAR LE-LA FILLEUL-E

☐ Mme ☐ M. Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : ..... Pays : .....

Profession : ..... N°RPPS : .....

Lieu d'exercice (maison de santé, cabinet, officine, etc.) : .....

E-mail : ..... Tél: .....

☑Je m'abonne à Prescrire.

Je recevrai 1 numéro par mois et un accès illimité à l'*Application* et le *Guide Prescrire*.

Les mensuels + L'*Application* + Le Guide Prescrire

Je choisis ma situation et mon mode de paiement

Tarifs	Prélèvement automatique		Autre mode de paiement
	par mois	par an	
Normal	☐ 31 €	☐ 372 €	☐ 396 €
Étudiants*	☐ 20 €	☐ 240 €	☐ 264 €
Retraités	☐ 23 €	☐ 260 €	☐ 280 €
Je déduis ma réduction filleul**	**- 3 €**	**- 36 €**	**- 36 €**
Montant à payer	_____ €	_____ €	_____ €

* Joindre obligatoirement une copie de la carte d'étudiant ** Parrainage valable sur la 1ère année de l'abonnement

PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Je remplis le mandat SEPA ci-dessous

Référence unique du mandat ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ sera complétée par l'Association Mieux Prescrire après enregistrement de ma commande. **Je remplis l'IBAN et le BIC présents sur mon RIB, que je n'oublie pas de joindre.**

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Type de paiement ☑ récurrent ☐ ponctuel

J'autorise l'Association Mieux Prescrire à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et j'autorise ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de l'Association Mieux Prescrire, Identifiant Créancier : Association Mieux Prescrire - 83 bd Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11, SEPA **FR 50 AMP 398750**

Fait à _____ le ☐☐ ☐☐ 20☐☐

Signature obligatoire :

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.

PAR CHÈQUE, VIREMENT OU CARTE BANCAIRE

☐ Chèque à l'ordre de Prescrire

☐ Virement sur le compte La Banque Postale Paris
IBAN : FR44 2004 1000 0100 6120 5H02 022 / BIC : PSSTFRPPPAR

☐ Pour un règlement par carte bancaire, je m'abonne sur **www.prescrire.org/offre**

1940_22VPAR1

Le paiement d'un abonnement individuel par un tiers industriel n'est pas accepté. Tarif TTC, valable jusqu'au 31 août 2022.

Conformément à la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données, je dispose d'un droit d'accès, de modification et de suppression de mes données auprès de : *Prescrire* - 83 boulevard Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11 - FRANCE.
Les informations recueillies sont destinées à la gestion de mon abonnement, et à la gestion des propositions de *Prescrire* concernant les Productions Prescrire à usage professionnel. Elles ne sont ni louées, ni vendues à qui que ce soit. Si je ne souhaite pas recevoir ces propositions de *Prescrire*, je coche cette case ☐