ASSOCIATION MIEUX PRESCRIRE

- BULLETIN D'ADHÉSION -
- ANNÉE 2019 -

Date : .....

Je soussigné(e) NOM :.....

Prénom : .....

Domicilié(e) :.....

.....

déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association Mieux Prescrire, de son Règlement intérieur et de la Charte "Non Merci…", comportant notamment :
- les objectifs de l'Association (article 1 des statuts) ;
- la prévention des conflits d'intérêts susceptibles de nuire à la bonne pratique des soins.

J'adhère à l'Association Mieux Prescrire pour l'année 2019, et je joins le montant de ma cotisation, soit **55 euros**. Pour les étudiants (sur justificatif de carte d'étudiant), les abonnés bénéficiant du dispositif Soutien International, et les abonnés algériens, la cotisation est fixée à **22 euros** pour l'année 2019.

Je règle ma cotisation :

❑ **par prélèvement*** (si vous n'avez pas déjà fourni à Prescrire une autorisation de prélèvements, merci de compléter le formulaire de "mandat de prélèvements SEPA" ci-joint, complété d'un RIB),

❑ **par virement bancaire**, sur le compte de La Banque Postale (Centre de Paris 75900 Paris Cedex 15) : IBAN : FR44 2004 1000 0100 6120 5H02 022 / BIC : PSSTFRPPPAR.

❑ **par carte bancaire :** ▫ american express ▫ eurocard ▫ mastercard ▫ visa

N° |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Date de fin de validité : |_|_| 20 |_|_| **Signature :**

❑ **par chèque**, à libeller à l'ordre de l'Association Mieux Prescrire

NB. Les paiements en espèces ne sont pas acceptés.

Signature de l'adhérent :

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 du Secrétariat général de l'AMP (amp@prescrire.org). Les informations recueillies sont destinées à la gestion de mon adhésion. L'AMP ne cède, ne vend, ni ne loue aucune adresse d'abonné ou de contact à qui que ce soit.

***** *Option possible seulement pour la cotisation à 55 euros*

Prescrire
83 boulevard Voltaire
75558 PARIS CEDEX 11
FRANCE

Tél. : (33) (0)1 49 23 72 80
Fax : (33) (0)1 47 00 33 20
contact@prescrire.org

Site internet
Web site
www.prescrire.org

Relations Abonnés :
Abonnements
Subscription Department
Tél. : (33) (0)1 49 23 72 86
Fax : (33) (0)1 49 23 76 48
relationsabonnes@prescrire.org
international@prescrire.org

Formations Prescrire
Tél. : (33) (0)1 49 23 72 90
Fax : (33) (0)1 49 23 76 48
formations@prescrire.org

Association Mieux Prescrire

Organisme indépendant
de formation permanente
des soignants

Independant organisation
continuing education
for health professionals

Association loi de 1901
n° 86/4331 - JO 21/01/1987
(Statuts sur demande)
Org DPC n° 1358
Org FC 11 751 711 075
N° TVA : FR 48 340647619
SIRET 340 647 619 00014
Code NAF : 9499Z
RIB La Banque Postale Paris
BIC : PSST FRPPPAR
IBAN :
FR44 2004 1000 0100 6120 5H02 022

Pour le paiement de votre cotisation d'adhésion à l'AMP, choisissez le prélèvement(*).

C'est votre premier paiement à Prescrire par prélèvement ?

Pour ce mode de règlement, merci de compléter le mandat de prélèvements ci-dessous, et de le retourner au secrétariat de l'AMP (à l'aide de l'enveloppe retour jointe sans affranchir), accompagné des autres documents nécessaires à votre adhésion et d'un relevé d'identité bancaire (RIB).

Une fois le prélèvement effectué, une facture acquittée vous sera adressée pour votre comptabilité.

(*) Possibilité ouverte uniquement aux personnes titulaires d'un compte bancaire domicilié dans l'Union européenne (+ Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse) qui s'acquittent d'une cotisation tarif plein.

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 du Secrétariat général de l'AMP (amp@prescrire.org). Les informations recueillies sont destinées à la gestion de mon adhésion. L'AMP ne cède, ne vend, ni ne loue aucune adresse d'abonné ou de contact à qui que ce soit.

N° d'abonné(e) |_|_|_|_|_|_|

Formulaire à compléter et à retourner sous enveloppe **sans affranchir** à : Revue *Prescrire* - Libre réponse 88031 - 75533 PARIS CEDEX 11 - FRANCE ou par fax au (33) (0)1 49 23 76 48

MANDAT DE PRÉLÈVEMENTS SEPA

Référence unique du mandat |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **sera complétée par l'Association Mieux Prescrire après enregistrement de votre adhésion.**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez d'une part l'Association Mieux Prescrire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et d'autre part votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association Mieux Prescrire.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

❶ Titulaire du compte

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal |_|_|_|_|_| Ville : _____

❷ Désignation du compte à débiter

IBAN |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|
BIC |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Type de paiement ☑ récurrent ☐ ponctuel

❸ Organisme créancier

Prescrire
Association Mieux Prescrire
83 bd Voltaire - 75558 PARIS - CEDEX 11

Identifiant Créancier
SEPA
FR 50 AMP 398750

❹ Date et signature

Fait à _____ le |_|_|_|_| 20|_|_|
Signature (obligatoire) :

40_1314_APFB

ASSOCIATION MIEUX PRESCRIRE

INFORMATIONS PERSONNELLES

Vous trouverez au verso de cette fiche des informations vous concernant à nous transmettre afin de mieux vous faire connaître auprès des autres membres de l'Association Mieux Prescrire.

Sauf avis contraire de votre part, ces informations pourront être diffusées aux autres adhérents de l'AMP.

Conformément à la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de modification ou de suppression de ces données ; vous pouvez l'exercer à tout moment en écrivant au Secrétariat général de l'AMP ou par courriel : ***amp@prescrire.org***

Date	**Signature**

…/…

DEMANDE D'INFORMATIONS PERSONNELLES

Civilité[1]	
Nom	
Prénom	
Service	
Adresse	
Code postal	
Ville	
Pays	
Téléphone / Mobile	
Fax	
Courriel	
Exercice professionnel principal[2]	
Autres activités professionnelles[3]	
Activités AMP[4]	
Centres d'intérêts professionnels[5]	
Centres d'intérêts autres[6]	
Remarques[7]	

1 Civilité : Madame ou Monsieur

2 Exercice professionnel principal : de soignant ou autre (rédacteur Prescrire, etc.). Exemple : Médecin généraliste en cabinet libéral secteur 1 mi-temps.
Pour les retraités cet item ne sera pas signalé dans le Fichier AMP : vous êtes invité(e) à remplir les items : Autres activités (en précisant : Ex-…) et Centres d'intérêts.

3 Autres activités professionnelles (actuelles ou anciennes) : de santé (Enseignant, Maître de stage, etc.), hors santé ; projets professionnels ; anciennes activités.

4 Activité AMP : membre correspondant, membre du collège des abonnés / ou conseillers / ou fondateurs / ou rédacteurs, membre du Conseil d'Administration, membre du Bureau.

5 Centres d'intérêts professionnels : Exemples : psychologie, gériatrie, etc.

6 Centres d'intérêts autres : Exemples : anthropologie, milieu associatif, musique, sports (au besoin explicités), adhérent à telle association, etc.

7 Remarques libres : ces informations seront conservées dans le Fichier AMP, mais elles ne seront pas diffusées. Exemples : souhaits de participation pour l'AMP, suggestions, etc.

ASSOCIATION MIEUX PRESCRIRE

- DÉCLARATION D'ABSENCE DE CONFLIT D'INTÉRÊTS -
- ANNÉE 2019 -

Date : .....

Je soussigné(e) NOM :.....

Prénom :.....

Domicilié(e) :.....

.....

☐ Membre de l'Assemblée Générale des Collèges *[cocher la (ou les) case(s) utile(s)]*

☐ Membre de la Rédaction

☐ Directeur éditorial

☐ Chargé de mission

☐ Autre

déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts personnel, tel que décrit dans la Charte "Non Merci…", et incompatible avec les objectifs de l'Association.

Je m'engage à signaler, dans un délai d'un mois, tout changement de ma situation à cet égard.
En cas de doute sur des situations susceptibles d'être incompatibles avec ma fonction au sein de l'Association ou de ses Productions, je m'en entretiendrai avec *:*
- le Responsable de la Rédaction *(si membre de la Rédaction*),
- le Président de l'Association (*si Directeur éditorial ou Chargé de mission*),
- le Secrétaire général de l'Association (*si membre de l'Assemblée Générale des Collèges).*

Signature :

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 du Secrétariat général de l'AMP (amp@prescrire.org). Les informations recueillies sont destinées à la gestion de mon adhésion. L'AMP ne cède, ne vend, ni ne loue aucune adresse d'abonné ou de contact à qui que ce soit.

ASSOCIATION MIEUX PRESCRIRE

Les adhérents de l'Association Mieux Prescrire sont signataires de la Charte "Non Merci…".

CHARTE "NON MERCI…" 2019

Les signataires de cette Charte, soucieux de fonder l'activité et les décisions des professionnels de santé sur le seul intérêt des patients,

sont conscients que les activités de soins, d'enseignement ou de recherche sont susceptibles d'être soumises à des influences en contradiction avec l'indépendance et avec l'éthique des professionnels de santé :
- influences économiques et financières de firmes intervenant dans le domaine de la santé, par des actions de promotion directes ou indirectes auprès des patients et des professionnels, par le financement de vecteurs d'information et d'actions de formation, initiale ou permanente, par des pressions sur les autorités publiques,
- influences économiques, politiques et financières d'organismes nationaux ou supranationaux chargés de l'élaboration ou de l'application de la réglementation, ou de la gestion des moyens de prévention, de diagnostic et de traitement,
- intérêts personnels des professionnels eux-mêmes ;

sont conscients que les patients sont susceptibles, eux aussi, d'être influencés par des sollicitations directes ou indirectes, par des informations biaisées, par des aides intéressées :
- financement d'associations de malades par des firmes,
- diffusion d'une information non étayée, voire simple relais de la promotion des firmes, par les médias grand public, des leaders d'opinion, etc.
- organisation de campagnes dites d'information sanitaire par les firmes.

Les signataires s'engagent à œuvrer pour des soins de qualité et à agir pour :

- refuser toute prise d'intérêts directs en contradiction avec cet objectif, tout particulièrement en rapport avec des firmes intervenant dans le domaine de la santé ;
- refuser les avantages en nature, dons et subventions de firmes intervenant dans le domaine de la santé ou d'autres organismes susceptibles de poursuivre d'autres intérêts que ceux des patients, à titre personnel ou pour des associations professionnelles qu'ils animent ;
- adopter une attitude critique vis-à-vis de l'information promotionnelle des firmes (publicité, visite médicale, "leaders" d'opinion, etc.), afin de l'écarter, ou au moins de la confronter à des sources d'information indépendantes ;
- choisir des sources d'information indépendantes et privilégier l'information comparative ;
- choisir, chaque fois que possible, des formations professionnelles, initiales et permanentes, indépendantes de toute aide de firmes intervenant dans le domaine de la santé ou d'autres organismes susceptibles de poursuivre d'autres intérêts que ceux des patients ;
- diffuser aux patients des informations puisées à des sources fiables de qualité, afin de partager les décisions avec eux sur des bases solides.

Nom : …… Prénom : …… Le …... / …... / 20…..

Signature :