

Abonné(e) à Prescrire, je m'inscris à la session 2009-2010 du Test de Lecture mensuel Prescrire :

J'ai bien noté que le montant des droits d'inscription découle de la catégorie tarifaire appliquée sur mon abonnement à Prescrire :	SESSION 2009-2010
Tarif NORMAL	<input type="checkbox"/> 53 €
Tarif RÉDUIT : médecins ou pharmaciens installés depuis moins de 5 ans ; médecins remplaçants ; pharmaciens adjoints (assistants) ; préparateurs en pharmacie ; chefs de clinique ; assistants des hôpitaux ; praticiens hospitaliers à temps partiel et praticiens adjoints contractuels ; médecins scolaires ; médecins de PMI ; sages-femmes ; infirmiers ; conjoints d'abonnés ; retraités.	<input type="checkbox"/> 39 €

À noter : Si vous êtes étudiant(e) vos droits d'inscription au Test de Lecture mensuel Prescrire sont inclus dans le montant de votre abonnement à Prescrire. Pour vous inscrire, il vous suffit simplement d'indiquer vos coordonnées ci-dessous, sans renseigner la partie "règlement", et de retourner ce bulletin d'inscription avec une copie de votre carte d'étudiant en cours de validité.

Merci de trouver ci-dessous mes coordonnées utiles à toute correspondance concernant le Test de Lecture mensuel Prescrire :

Mon numéro d'abonné(e) : (à renseigner, si possible)

Mlle Mme M. Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

Courriel :

À : Le : / 2009 Signature :

Je règle par :

Chèque. Vous trouverez ci-joint un chèque libellé à l'ordre de Prescrire

Carte bancaire : american express eurocard mastercard visa

N°

Date de fin de validité : 20 Signature :

Prélèvement automatique (uniquement si le compte bancaire est domicilié en France)

Merci d'utiliser les coordonnées bancaires déjà fournies à l'Association Mieux Prescrire.

Je n'ai pas encore fourni d'autorisation de prélèvements. Je demande à l'Association Mieux Prescrire d'utiliser l'autorisation figurant ci-dessous, que j'accompagne d'un relevé d'identité bancaire.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-contre. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je ferais mon affaire de tout différend relatif à ces prélèvements

N° NATIONAL D'EMETTEUR

398 750

TITULAIRE DU COMPTE

NOM/Prénom :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE : PAYS :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Association Mieux Prescrire
83 boulevard Voltaire
75558 PARIS CEDEX 11
FRANCE

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

code banque

code guichet

numéro de compte

clé RIB

ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Date :

Signature :

Il est impératif que cette autorisation soit intégralement complétée et accompagnée d'un relevé d'identité bancaire (RIB)