



Bulletin 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 courriel : formations@prescrire.org

Je m'inscris au programme Les Thématiques Prescrire, à compter de la session "Agressions cutanées" (mai-aout 2019)

JE RENSEIGNE MES COORDONNÉES

Nom : Prénom :

Courriel (obligatoire) : Tél :

Mon n° d'abonné-e _____ figure sur les correspondances émanant de l'équipe Relations Abonnés Prescrire

Conformément à la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de mes données auprès de : Prescrire - 83 boulevard Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11 - FRANCE.

JE CHOISIS MON MODE DE PAIEMENT

Le prélèvement annuel c'est simple, pratique, et avantageux !

Je règle 275 € par prélèvement annuel et je bénéficie d'une économie de 30 € par an

Je règle 305 € par carte bancaire, chèque ou virement

Carte bancaire N° _____

Date de fin de validité ____ 20 ____

Date et signature obligatoires :

Chèque à l'ordre de Prescrire

Virement sur le compte La Banque Postale Paris

IBAN : FR44 2004 1000 0100 6120 5H02 022 / BIC : PSSTFRPPPAR

Je retourne le mandat de prélèvements SEPA ci-dessous permettant le paiement de mes factures, complété et signé, accompagné d'un RIB

Référence unique du mandat _____ sera complétée par l'Association Mieux Prescrire après enregistrement de ma commande.

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise d'une part l'Association Mieux Prescrire à envoyer des instructions à ma banque pour débiteur mon compte, et d'autre part ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de l'Association Mieux Prescrire.

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.

1 Titulaire du compte

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal _____ Ville : _____

Pays : _____

3 Organisme créancier



Association Mieux Prescrire

83 bd Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11

Identifiant Créancier
SEPA

FR 50 AMP 398750

2 Désignation du compte à débiter

IBAN _____

BIC _____ Type de paiement récurrent ponctuel

4 Date et signature

Fait à _____ le ____ 20 ____

Signature obligatoire :

Le paiement par prélèvement est ouvert aux titulaires d'un compte bancaire situé dans l'Union Européenne, la Suisse ou un autre pays de la zone SEPA.