

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*



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	<input type="checkbox"/> 30 €	<input type="checkbox"/> 360 €	<input type="checkbox"/> 390 €
Étudiants*	<input type="checkbox"/> 20 €	<input type="checkbox"/> 240 €	<input type="checkbox"/> 264 €
Retraités	<input type="checkbox"/> 23 €	<input type="checkbox"/> 252 €	<input type="checkbox"/> 276 €
Je déduis ma réduction filleul**	- 3 €	- 36 €	- 36 €
Montant à payer	_____ €	_____ €	_____ €

* Joindre obligatoirement une copie de la carte d'étudiant ** Parrainage valable sur la 1^{ère} 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

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.

Signature obligatoire :

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**

Le paiement d'un abonnement individuel par un tiers industriel n'est pas accepté. Tarif TTC, valable jusqu'au 31 août 2021.

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