

BULLETIN D'ADHÉSION ANNÉE 2024

Date :

Je soussigné(e) :

NOM :

Prénom :

Domicilié(e) :

.....

déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association Mieux Prescrire 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 2024 et je règle le montant de ma cotisation, soit 55 euros. Pour les étudiants (sur justificatif de carte d'étudiant) et les abonnés bénéficiant du dispositif Soutien International, la cotisation est fixée à 22 euros pour l'année 2024.

Je règle ma cotisation (**merci de privilégier un règlement par prélèvement ou virement bancaire**) :

- 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 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



INFORMATIONS PERSONNELLES 2024

Vous trouverez à la page suivante des informations à nous transmettre.

Ce document a été prérempli à partir des informations transmises l'an dernier. Vous pouvez modifier, supprimer, compléter ces informations à votre convenance.

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

Merci de dater et signer ci-dessous pour valider vos informations et pour confirmer votre accord pour une diffusion éventuelle aux autres adhérents de l'AMP.

Date	Signature

.../...

DEMANDE D'INFORMATIONS PERSONNELLES

Civilité¹	«titre»
Nom	«nom»
Prénom	«prenom»
Service	«etablissement» «service»
Adresse	«adresse»
Code postal	«code_Postal»
Ville	«ville»
Pays	«pays»
Téléphone / Mobile	«telephone»
Fax	«fax»
Courriel	«courriel»
Exercice professionnel principal²	«exercice_PP»
Autres activités professionnelles³	«autres_Activites_professionnelles»
Activités AMP⁴	«CA» «AG» «activites_AMP»
	«cen
Remarques⁷	«remarques»

¹ Civilité : Madame ou Monsieur

² Exercice professionnel principal : de soignant ou autre (rédacteur Prescrire, etc.).

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.

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.

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

CHARTRE "NON MERCI..." 2024

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 :

DÉCLARATION D'ABSENCE DE CONFLIT D'INTÉRÊTS ANNÉE 2024

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
- Directrice éditoriale
- Coordinatrice générale
- 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 :

- la Responsable de la Rédaction (*si membre de la Rédaction*),
- le Président de l'Association (*si Directrice éditoriale, Coordinatrice générale, ou Chargé de mission*),
- la Secrétaire générale de l'Association (*si membre de l'Assemblée Générale des Collèges*).

Signature :