

# BON DE PARRAINAGE

## pour un abonnement à *Prescrire*



Pour parrainer l'un de vos confrères, il vous suffit de suivre ces 4 étapes :

- 1 Imprimer** ce bon de parrainage ;
- 2 Indiquer** ci-dessous vos coordonnées (nom, prénom, adresse complète), en précisant si possible votre numéro d'abonné(e) ;
- 3 Transmettre** ce bon de parrainage à votre "filleul(e)" ;
- 4 Demander à votre filleul(e)** de remplir le cadre figurant plus bas et de retourner ce document (sans le découper), accompagné du règlement, à l'adresse indiquée.

### À REMPLIR PAR L'ABONNÉ(E) QUI PARRAINE

Déjà abonné(e) à *Prescrire*, je parraine le confrère dont les coordonnées sont mentionnées plus bas.

- Je souhaite bénéficier de mon Bon d'achat *Prescrire* d'un **montant de 35 €** à valoir sur ma prochaine commande de Productions *Prescrire*.
- Je fais don de mon Bon d'achat *Prescrire* de 35 € à l'Association Mieux *Prescrire*, au profit du dispositif *Abonnés Solidaires*.

Mon N° d'abonné(e) :  (numéro figurant dans toutes correspondances émanant de *Prescrire*)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : n° : ..... Rue : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : ..... Signature : .....

### À REMPLIR PAR LE(LA) "FILLEUL(E)"

L'abonnement à *Prescrire* inclut chaque année les 12 numéros mensuels, l'édition annuelle du Guide "Éviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses - Comprendre et décider" (plus de 460 pages pour l'édition de décembre 2011), et un accès personnel complet à l'ensemble des services documentaires du site [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org) (dont l'accès en ligne à tout ce que *Prescrire* a publié, via un moteur de recherche dédié (\*)).

Je m'abonne moi aussi à *Prescrire*

Au tarif suivant (en fonction de mon activité principale) (1) :	1 AN	2 ANS
<b>Tarif Normal</b> (2)	<input type="checkbox"/> 282 €	<input type="checkbox"/> 514 €
<b>Tarif Réduit</b> (2) : Médecins ou pharmaciens libéraux installés depuis moins de 5 ans ; médecins remplaçants ; assistants des hôpitaux ; chefs de clinique ; praticiens hospitaliers à temps partiel et praticiens adjoints contractuels ; médecins scolaires ; médecins de PMI ; pharmaciens adjoints ; préparateurs en pharmacie ; sages-femmes ; infirmiers ; conjoints d'abonnés ; retraités. <b>Sur justificatif, merci.</b>	<input type="checkbox"/> 214 €	<input type="checkbox"/> 378 €
<b>Tarif Étudiants</b> (2) : Étudiants non thésés ; internes des hôpitaux (ou faisant fonction d'internes) ; résidents ; demandeurs d'emploi ; congés parentaux d'éducation. <b>Sur justificatif, merci.</b>	<input type="checkbox"/> 156 €	<input type="checkbox"/> 262 €
<b>Je bénéficie d'une réduction de 35 € grâce au parrainage</b>	<b>- 35 €</b>	<b>- 35 €</b>
<b>Montant à payer</b>	..... €	..... €

1- Tarifs incluant les frais de port.

2- Paiement direct par l'abonné(e) ou un tiers individuel, ou une association à but non lucratif (formation continue, recherche), ou un centre hospitalier ou tout autre unité de soins, ou une université ou un service de médecine du travail.

Le paiement par un tiers industriel n'est pas accepté.

M<sup>lle</sup>  M<sup>me</sup>  M. Nom : ..... Prénom : .....

Profession (principale) : ..... Lieu d'exercice : .....

Adresse : n° : ..... Rue : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Télécopie : ..... Courriel : .....

Je joins mon règlement par :

chèque à l'ordre de *Prescrire*

carte bancaire :  american express  eurocard  mastercard  visa

N°  Date de fin de validité  20  Signature : .....

Virement sur le compte Banque Postale Paris : 20041 00001 0061205H020 22 (IBAN : FR44 2004 1000 0100 6120 5H02 022 / BIC : PSSTFRPPPAR)

(\*) dans la limite de 15 téléchargements par période de 24 heures.

Document à retourner accompagné du règlement à l'adresse suivante :

**Prescrire - Équipe Relations Abonnés - 83 boulevard Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11 - FRANCE - Fax : (33) (0)1 49 23 76 48**