Bulletin d'abonnement parrainage

ÉTUDIANTS

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

Bon d'achat Prescrire d'une valeur de 36 €

☐ 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 ÉTUDIANT-E

Avantage Filleul-e d'une valeur de 36 €

Les tarifs d'abonnement indiqués plus bas intègrent la remise parrainage de 36 € pour ma première année

JE RENSEIGNE MES COORDONNÉES
Je joins une copie de ma carte d'étudiant

☐ Mme ☐ M. Nom : .... Prénom : ....

Adresse : ....

Code Postal : Ville : .... Pays : ....

Courriel (obligatoire) : .... Tél : ....

JE CHOISIS MON MODE DE PAIEMENT

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

☐ **Je règle 210 € par prélèvement annuel et je bénéficie d'une économie de 30 € par an**

☐ **Je choisis de régler par prélèvements mensuels de 20 €**

Je règle 240 € 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 débiter 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.

❶ Titulaire du compte

Nom : ________ Prénom : ________

Adresse : ________

Code Postal Ville : ________

Pays : ________

❸ Organisme créancier

Association Mieux Prescrire
83 bd Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11

Identifiant Créancier SEPA
FR 50 AMP 398750

❷ Désignation du compte à débiter

IBAN

BIC

Type de paiement ☑ récurrent ☐ ponctuel

❹ Date et signature

Fait à ________ le 20

Signature obligatoire :

1940_19WPARAE

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.

Le paiement d'un abonnement individuel par un tiers industriel n'est pas accepté. Tarif TTC, valable jusqu'au 31 août 2019.

Conformément à la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données, je dispose d'un droit d'accès et de modification 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 cédées, ni vendues à qui que ce soit. Si je ne souhaite pas recevoir ces propositions de *Prescrire*, je coche cette case ☐