Bulletin Spécial Facultés Partenaires

COUP DE POUCE 1ère ANNÉE D'INTERNAT EN MÉDECINE

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

☑ Je m'abonne à *Prescrire* avec son *Application*

☐ Je m'inscris au *Test de Lecture*, inclus dans l'abonnement au tarif Étudiants

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 198 € par prélèvement annuel et je bénéficie d'une économie de 30 € par an**

☐ **Je choisis de régler par prélèvements mensuels de 19 €**

Je règle 228 € 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

Prescrire
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_19WCPFP1

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.

Offre cumulant la remise "Coup de pouce 1ère année d'internat en médecine" de 36 € et la remise Facultés de 12 € valable uniquement pour les étudiants en 1ère année d'internat en médecine. Ces remises ne sont pas cumulables avec la remise Parrainage Prescrire. Le paiement d'un abonnement individuel par un tiers industriel n'est pas accepté. Tarif TTC, valable jusqu'au 31 août 2019. **Les inscriptions au *Test de Lecture* sont ouvertes jusqu'au 15 décembre 2018.**

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 ☐