BULLETIN D'ABONNEMENT PARRAINAGE

Bulletin d'abonnement à durée libre à compléter et à retourner sous enveloppe **sans affranchir à partir de la France** à :
Compétence 4 – Libre réponse 60721 – 75542 Paris CEDEX 11 ou par fax au (33)(0)1 49 23 76 48 ou à relationsabonnes@competence4.org

À COMPLÉTER PAR LA MARRAINE OU LE PARRAIN

À réception du bulletin et du règlement de l'abonnement de la personne parrainée, je recevrai un bon d'achat d'un montant de 12€.

Bon d'achat de 12 €

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Courriel (obligatoire) : ..... Mon n° d'abonné-e ☐☐☐☐☐☐

À COMPLÉTER PAR LE-LA FILLEUL-E

Les tarifs indiqués ci-dessous intègrent la remise parrainage de 12 € pour ma première année d'abonnement.
➤ Je recevrai **12 numéros par an** + un accès au **Test de Lecture** mensuel en ligne sur **www.competence4.org**

☐ Mme ☐ M. Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

Profession : .....

Lieu d'exercice (cabinet libéral, EHPAD, maison de santé, etc.) : .....

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

Pratique et avantageux : le prélèvement mensuel de 11 €

☐ **Je règle par prélèvements mensuels de 11 €**

Cette modalité de paiement simplifie la gestion de l'abonnement. Compétence 4 vous permet donc de bénéficier d'une économie de 12 € par an.

Soit 132 € au lieu de 144 €

Je règle 144 € par carte bancaire, chèque ou virement

☐ Carte bancaire N° ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Date de fin de validité ☐☐ 20 ☐☐

Date et signature obligatoires :

☐ Chèque à l'ordre de Association Mieux 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, éditeur de la revue Compétence 4, 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

Compétence 4
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_19WPC41

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 : *Compétence 4* - 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 *Compétence 4* 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 *Compétence 4*, je coche cette case ☐