Formation Prescrire Infirmière BULLETIN D'INSCRIPTION

Formation Prescrire Infirmière est un programme continu de formation permanente, qui se déroule en ligne. Il est organisé en sessions trimestrielles successives : juillet-septembre, octobre-décembre, janvier-mars, avril-juin, etc.

Inscrivez-vous maintenant

Et débutez avec la session **juillet-septembre 2012** (1)

☐ Je m'inscris à la *Formation Prescrire Infirmière*

J'ai bien noté que ce programme se déroule en ligne et nécessite de disposer d'une connexion internet ainsi que d'une adresse courriel valide.

Merci de bien vouloir m'adresser toutes les correspondances postales concernant ma formation à l'adresse indiquée ci-contre.

L'inscription à ce programme étant à durée libre, je pourrais le quitter à tout moment, en informant, par courrier, l'Association Mieux Prescrire au plus tard un mois avant la fin de la session trimestrielle en cours.

Ci-dessous mes coordonnées pour toute correspondance liée à ce programme :

☐ Mlle ☐ Mme ☐ M.

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Pays : ..... Tél. : ..... Fax : .....

Courriel (mention indispensable) : .....

NB : Si vous êtes déjà abonné(e) à *Prescrire*, d'avance merci de cocher cette case : ☐

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

☐ **Je choisis de payer annuellement,** le montant de :

205 € (2)

Environ 2 mois avant chaque date anniversaire de mon inscription, je recevrai un avis de renouvellement, accompagné d'une demande de règlement (ou d'un avis de prélèvement) pour la période des 12 mois suivants.

Je règle par :

☐ **Chèque :** vous trouverez ci-joint un chèque libellé à l'ordre de *Prescrire*

☐ **Carte bancaire :** ☐ eurocard ☐ mastercard ☐ visa

N° |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Date fin de validité |_|_| 20 |_|_| Signature :

☐ **Prélèvements automatiques annuels.**

Je bénéficie ainsi chaque année d'une **remise de 25 €** sur le montant de mon inscription, grâce aux économies de gestion résultant de ce mode de réglement.

Je renseigne l'autorisation de prélèvements ci-dessous et je joins un relevé d'identité bancaire (RIB).

☐ **Je préfère payer mensuellement,**

15 € (3) **par mois**

(soit 180 € par an au lieu de ~~205 €~~)

Je régle par prélèvements automatiques mensuels.

Je bénéficie ainsi chaque année d'une **remise de 25 €** sur le montant annuel de mon inscription, et de paiements lissés.

Je renseigne l'autorisation de prélèvements ci-dessous et je joins un relevé d'identité bancaire (RIB).

(1) Modalité appliquée à tout bulletin retourné avant le 15 juin 2012 • (2) Coût TTC. Coût hors TVA : 171,40 € • (3) Coût TTC. Coût hors TVA : 12,54 €.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENTS

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, les prélèvements demandés par l'Association Mieux Prescrire. En cas de litige, je pourrais faire suspendre l'exécution des prélèvements sur simple demande adressée à l'établissement teneur de mon compte.

1 TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Pays : .....

2 DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

Code banque : |_|_|_|_|_| Code guichet : |_|_|_|_|_|

N° de compte : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Clé R.I.B. : |_|_|

Organisme créancier :
Association Mieux Prescrire
83 bd Voltaire 75558 PARIS CEDEX 11

N° National d'émetteur :
398750

3 ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Document réservé aux titulaires d'un compte domicilié en France

Établissement : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : .....

4 DATE ET SIGNATURE

Date : ..... Signature (obligatoire) :

Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB)

1940_12FPIW3

Bulletin à compléter et à retourner à *Prescrire* - Équipe Formations - 83 bd Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11 - FRANCE