La nouvelle édition du Traité de référence, créé par Pierre Godeau
sous la direction de Loïc Guillevin, Luc Mouthon et Hervé Lévesque

Pack 3 volumes + 1 an d'abonnement offert	585 € (au lieu de ~~735 €~~)
Abonnement 100 % Numérique	1 an : 29,90 € /mois – soit 358,80 €
	2 ans : 25,90 € /mois – soit 621,60 €
	3 ans : 22,90 € /mois – soit 824,40 €
	4 ans : 19,90 € /mois – soit 955,20 €

Expédition des ouvrages : Frais de port gratuit pour la France Métropolitaine (60€ pour les autres pays)

Je choisis mon mode de règlement

☐ **Par chèque bancaire** à l'ordre de *Editions du Traité de Médecine*

☐ **Par carte bancaire** (système sécurisé)

N° |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Expire le : |___|___ /___|___| **CCV : |__|__|__|**

☐ **Par prélèvement bancaire, Mandat SEPA**

Signature obligatoire

Coordonnées

……

……

……

CP :……VILLE……PAYS……

Tel :……mail :……@……

Je retourne le bon de commande accompagné de mon règlement à :

Editions du Traité de Médecine – 10 rue Ernest Cresson 75014 Paris

OU par mail : communication@traitedemedecine.fr

Mandat de prélèvement SEPA – Editions du Traité de Médecine SAS

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

Editions du Traité de Médecine – 10 rue Ernest Cresson – 75014 Paris ou par e-mail à : editions@traitedemedecine.fr

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez les *Editions du Traité de Médecine SAS* à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions des Editions du Traité de Médecine SAS.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Référence Unique de Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Type de Paiement :

Récurrent (mensualité identique) ☐ Récurrent (mensuel avec 1ère mensualité différente) ☐

Ponctuel (en une seule fois) ☐ 6 fois sans frais ☐

Votre Nom / Prénom : ……

Votre adresse :……

……

Code Postal : …… **Ville** : ……

Coordonnées de votre compte :

Numéro d'identification international du compte bancaire – **IBAN** (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier Code)

Nom du créancier :	Editions du Traité de Médecine SAS
Adresse du créancier :	10 rue Ernest Cresson – 75014 Paris
Identifiant du créancier (ICS) :	FR56 ZZZ 85D953

Signé à : …… Date : ……. / ……. / ……..

Signature :

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