

BULLETIN D'ABONNEMENT

Retournez ce bulletin par courrier à : Objectif soins – Service Abonnements Santé – Case postale 815
1, rue Eugène et Armand Peugeot – 92500 Rueil-Malmaison Cedex – Fax : 01 76 73 48 57 – Tél. : 01 76 73 30 40
abonnement@espaceinfirmier.com – www.espaceinfirmier.com

Oui, je m'abonne à Objectif soins.

Mon abonnement pour un an comprend : 10 numéros + un accès illimité aux archives et aux annonces classées de la revue sur espaceinfirmier.com + mon cadeau.

	Etudiant (1)	Entrée Vie active (2)	Particulier (3)	Institution	Tarif normal (4)
Offre CLASSIQUE - 1 an par paiement comptant	41 €	62 €	117 €	137 €	160 €
Offre LIBERTE - durée libre par prélèvement automatique	4,10 €	6,20 €	11,70 €	13,70 €	16 €

(1) Tarif étudiant : Je joins un justificatif établi de mon IFCS (2) Tarif entrée vie active : Je joins la copie de ma carte d'étudiant de l'année dernière.
(3) Tarif particulier : L'abonnement est payé par moi-même et envoyé à mon adresse personnelle. (4) Prix de vente au numéro.



EN CADEAU*
CHAUFFE-MUG

Mes coordonnées :

M. Mme Mlle

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : Professionnelle Personnelle (recommandé pour vous assurer une meilleure réception)

Code postal : _____ Ville : _____

Ma fonction : _____

Tél : Personnel Professionnel _____

E-Mail : Personnel Professionnel (pour recevoir gratuitement la newsletter d'espaceinfirmier.com)

Je souhaite recevoir une facture acquittée

Je joins mon règlement par :

Chèque à l'ordre de Wolters Kluwer France

Prélèvement automatique (remplir l'autorisation ci-dessous et joindre un RIB)

Mandat administratif à réception de facture

Carte bancaire _____

Expire fin : _____

Cryptogramme _____
(3 derniers chiffres au dos de votre carte)

Signature obligatoire

OSIT900

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier le prélèvement ordonné par Wolters Kluwer France pour mon abonnement à Objectif soins. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte et par simple lettre adressée à Wolters Kluwer France. Les tarifs indiqués sont garantis pendant un an et à l'issue de cette période, je conserve la liberté de poursuivre l'abonnement par tacite reconduction aux conditions des prélèvements proposés par Objectif soins ou de l'interrompre, sans frais par simple lettre.

Date et signature obligatoires

Créditeur : Wolters Kluwer France SAS
Service Abonnements Santé
1, rue Eugène et Armand Peugeot
92500 Rueil-Malmaison

Numéro National d'Émetteur :
525 875

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom _____

Prénom _____

N° _____ Rue _____

Code postal _____ Ville _____

Code Etablis.	Code Guichet	N° de compte	Clé RIB
_____	_____	_____	_____

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT (teneur du compte à débiter)

N° _____ Rue _____

Code postal _____ Ville _____

IMPORTANT : Merci de renvoyer l'ensemble de ce bulletin accompagné d'un RIB ou d'un RIP

Offres valables jusqu'au 30/09/2009 et réservées à la France métropolitaine. Conformément à la loi du 06/01/78 modifiée par la loi du 06/08/04, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Par notre intermédiaire, vous pouvez être amené à recevoir des propositions d'autres sociétés. Si vous ne le souhaitez pas, il vous suffit de nous écrire (Objectif soins - Service Abonnements Santé - 1 rue Eugène et Armand Peugeot - 92500 Rueil-Malmaison) en nous indiquant vos nom, prénom et adresse. TVA incluse : 2,10%. Objectif soins est une marque de Wolters Kluwer France SAS. Siège social : 1 rue Eugène et Armand Peugeot - 92500 Rueil-Malmaison au capital de 300 000 000 €. RCS Nanterre 480 081 306 - N° de TVA FR 55 480 081 306 - NAF 221 E.