# BON DE COMMANDE – TRAITE DE MEDECINE 5e édition

| Produit | | Prix TTC | Qté | Total |
|---|---|---|---|---|
| **3 volumes brochés**<br>**5 700 pages**<br>- Volume 1 : 1 800 pages<br>- Volume 2 : 1 900 pages<br>- Volume 3 : 2 000 pages<br>- | | 435 €<br>(au lieu de 585 €) | | |
| **Abonnement Internet** <br>Accès illimité on-line à l'intégralité du traité + Téléchargement des chapitres en PDF (limité à 60 / an) | Durée d'engagement :<br>1 an ... ☐ ...<br>2 ans ... ☐ ....<br>3 ans ... ☐ ....<br>4 ans ... ☐ .... | Mensualité :<br>12 X ..... 29,90 €<br>24 X ..... 25,90 €<br>36 X ..... 22,90 €<br>48 X ..... 19,90 € | | |
| **Offre couplé**<br>**3 volumes brochés +**<br>**Abonnement Internet** <br>Les 3 volumes imprimés + Accès illimité on-line à l'intégralité du traité + Téléchargement des chapitres en PDF (limité à 60 / an) | Durée d'engagement :<br>1 an ... ☐ ...<br>2 ans ... ☐ ....<br>3 ans ... ☐ ....<br>4 ans ... ☐ .... | 1ère mensualité : 435 €<br>puis :<br>12 X ..... 19,90 €<br>24 X ..... 15,90 €<br>36 X ..... 12,90 €<br>48 X ..... 9,90 € | | |
| | | | **Total** | |

## Je choisis mon mode de règlement

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

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

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

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

**Signature obligatoire**

☐ **Par Mandat SEPA (A compléter au dos de ce document) – Obligatoire pour tout abonnement internet**

**Tel** :..... **Email** : .....@.....

| Adresse de livraison | Adresse de facturation (si différente) |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| CP :.....VILLE..... | CP :.....VILLE..... |
| PAYS..... | PAYS..... |

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

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

**Tél. : 06.22.35.53.88 – email : communication@traitemedecine.fr – www.traitemedecine.fr**

**Mandat de prélèvement SEPA**

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, **accompagné de votre RIB** comportant les mentions BIC – IBAN.

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.

**Type de Paiement** :

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

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

**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.