BULLETIN D'ABONNEMENT
FICHES INFO SANTE

VOS COORDONNEES

RAISON SOCIALE----------

NOM : MME / MR ----------PRENOM----------

EMAIL----------TELEPHONE ----------

ADRESSE----------

CODE POSTAL----------VILLE----------

NOM DE L'ETABLISSEMENT OCP----------

N° DE COMPTE OCP :_____ N°CIP DE L'OFFICINE : _____

TOURNEE N° ____

★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★★

VOTRE ABONNEMENT* POUR 10 NUMEROS

☐ par **50 exemplaires**, au prix de **49.92€HT mensuel, sur 12 mois**

☐ par **100 exemplaires**, au prix de **70.75 €HT mensuel, sur 12 mois**

Fait à ----------

Le ----------

Cachet de l'officine	Signature du titulaire

VEUILLEZ RETOURNER CE BULLETIN A L'ADRESSE SUIVANTE :

IMPACT MEDICOM – 3 BOULEVARD PAUL EMILE VICTOR 92200 NEUILLY SUR SEINE

OU PAR EMAIL A **infosante@impact-medicom.com** OU PAR FAX AU **01.46.41.05.21.**

* *Conditions générales de vente: Tout abonnement souscrit avant le 5 du mois M débute le mois M+1 ; Il peut être dénoncé à tout moment, sans pénalités de rupture anticipée et/ou frais quelconque ; Pour une dénonciation reçue au plus tard le 5 du mois M, la dénonciation prend effet à compter du mois M+1 ; Pour une dénonciation reçue après le 5 du mois M, la dénonciation prend effet à compter du mois M+2 ; Il est renouvelable par tacite reconduction ; Il est payable mensuellement.*
Impact Médicom se réserve le droit de réviser une fois par année civile le prix de l'abonnement aux fiches Info Santé, et ce, y compris pendant la période initiale de l'abonnement.

IMPACT MÉDICOM
S.A.S au capital de 30 000 €

12, rue Vauvilliers, 75001 PARIS, France - Tél. : +33 (0)1 41 92 01 27 - Fax : +33 (0)1 40 88 97 90 - E-mail : contact@impact-medicom.com
R.C.S. Paris 792 106 890 - SIRET : 792 106 890 000 17 - N° de TVA CEE : FR35 792 106 890