

Formulaire d'abonnement Gazette

CogniLo Care

Nom : _____

Prénom : _____

Raison sociale (si établissement) : _____

Mail : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Particuliers		
	Dématérialisé (à imprimer)	Envoi postal
Abonnement 3 mois (3 numéros) <i>1 exemplaire</i>	❶ 25 €	❷ 34€
Abonnement 6 mois (6 numéros) <i>1 exemplaire</i>	❸ 45€	❹ 58€

Etablissement		
	Dématérialisé (à imprimer)	Envoi postal
Abonnement 3 mois (3 numéros) <i>1 exemplaire</i>	❺ 25€	❻ 34€
Abonnement 3 mois <i>5 exemplaires</i>		❼ 60€
Abonnement 3 mois <i>10 exemplaires</i>		❽ 100€
Autre demande	Sur devis	

Formule choisie :☐ ❶☐ ❺☐ ❷☐ ❻☐ ❸☐ ❼☐ ❹☐ ❽

Mode de règlement :

- ☐ Par carte bleue (lien Sumup envoyé par mail)
- ☐ Par chèque
- ☐ Par virement bancaire (établissement uniquement)
- ☐ Par espèce (patient suivi uniquement)

Merci de reporter le tarif de la formule choisie :

Prix : €

Date : ____/____/____

Bon pour accord

Signature :

*** Si vous souhaitez abonner plusieurs personnes, merci de remplir des questionnaires distincts.*

**** À réception du paiement, une facture vous sera éditée sur demande.*