



i3227

BON DE COMMANDE

A retourner à l'adresse suivante :

VIDAL – Administration des ventes
21 rue Camille Desmoulins - 92789 Issy les Moulineaux Cedex 9

Pour tout renseignement,
contactez notre Service Clients

- Tél : 0810 00 95 08 (prix d'un appel local)
- Fax : 01 73 28 12 29
- E-mail sur : www.vidal.fr (rubrique "Contact")

Offre promotionnelle 2012 réservée aux professionnels de santé libéraux

Avec votre Éditeur, profitez d'une réduction jusqu'à 30 %

Votre commande

Je souhaite m'abonner à VIDAL Expert.

Je recevrai 3 DVD par an.

1 licence par utilisateur.

Configuration recommandée :

Windows : 7, VISTA ; XP ou 2000 ; IE5.5 ou +.

Mac : OS X (10.6 ou +) ; Java 1.6 ou +.

Espace minimum disponible sur disque dur : 1,9 Go.



1 licence = 240 € TTC 168 € TTC (140,47 € HT*) soit 14,00 € TTC/mois
2 licences = 360 € TTC 252 € TTC (210,70 € HT*) soit 21,00 € TTC/mois
3 licences = 504 € TTC 378 € TTC (316,05 € HT*) soit 31,50 € TTC/mois
4 licences = 624 € TTC 504 € TTC (421,40 € HT*) soit 42,00 € TTC/mois
5 licences = 720 € TTC 630 € TTC (526,76 € HT*) soit 52,50 € TTC/mois

Je commande licence(s) de VIDAL Expert pour un montant de € TTC

Pour toute commande supérieure à 5 postes, merci de contacter notre Service Clients au 0810 00 95 08.

* DOM TOM et international ne paient que le montant HT.

Vos informations

Cabinet médical

Nom(s)* Prénom(s)*

Adresse*

Code postal* Ville*

Tél* Fax

E-mail*

* Champs obligatoires

Votre Éditeur / Nom Logiciel médical

(obligatoire pour valider votre commande)

Votre règlement

Prélèvement automatique** je serai prélevé de 12 mensualités (14 € TTC/mois pour 1 poste)

MERCI DE JOINDRE VOTRE RIB, RIP OU RICE

Chèque (à l'ordre de VIDAL)

Carte bancaire (Carte bleue, Visa, Mastercard, sauf American Express et Diners)

N° Carte bancaire | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

+ 3 derniers caractères des 7 chiffres figurant au dos de votre carte | | | | |

Expirant le :

** je m'abonne pour une durée d'un an minimum. Mon abonnement est reconduit automatiquement et je peux décider de le résilier à tout moment au terme de la première année. **Merci de joindre votre RIB et d'envoyer l'autorisation de prélèvement à votre établissement bancaire.**

Votre signature

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente consultables sur www.vidal.fr et notamment du fait que passer commande vaut acceptation desdites conditions.

Fait à : Le :

Signature :

Votre autorisation de prélèvement

J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier. **A ENVOYER A VOTRE ÉTABLISSEMENT BANCAIRE.**

N° NATIONAL D'EMETTEUR

492 784

NOM, PRÉNOM, ADRESSE DU DÉBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

VIDAL - 21 rue Camille Desmoulins
92789 ISSY LES MOULINEAUX CEDEX 9

ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Banque :

Adresse :

CP :

Ville :

Codes		Guichet	N° de compte	Clé R.I.B.
Etablissement				

Date :

Signature :