

BULLETIN D'ABONNEMENT REVUE ICARE

Nom prénom :	
Adresse :	
Code Postal - Ville :	
N° téléphone :	
Email :	

Mois de parution de la revue : mars, juin, septembre, décembre.

**Je Souscris à l'abonnement pour 4 numéros à partir de la prochaine parution,
selon la date de réception du présent avis.**

70,00 € pour la France 76,00 € pour l'Étranger

Règlement par carte bancaire :

VISA MasterCard CB Nationale

N° [—|—|—|—] [—|—|—|—] [—|—|—|—] [—|—|—|—]

Expire le : ___/___/___ **Cryptogramme à nous communiquer par téléphone ou par mail.**

Règlement par chèque à l'ordre de la revue ICARE

Chèque n°:

Banque :

Bulletin à nous retourner par fax au : 01 49 89 24 10 ou par courrier Postal à l'adresse ci-dessous.

VOS DONNÉES SONT COLLECTÉES PAR LA REVUE ICARE DANS LE CADRE DE LA GESTION DE VOTRE COMMANDE.
EN SIGNANT CE DOCUMENT, VOUS ACCÉPTEZ QUE VOS DONNÉES PERSONNELLES SOIENT ENREGISTRÉES CONFORMÉMENT À LA POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ.
POUR PRENDRE CONNAISSANCE DE TOUTES LES INFORMATIONS RELATIVES À L'UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES, RENDEZ-VOUS DANS LA RUBRIQUE « POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ » DU SITE INTERNET.

Signature obligatoire :

Le : ___/___/___