

GARANTIES DEMANDÉES

- Responsabilité civile + protection juridique professionnelle
Cotisation annuelle : 90 €
- Responsabilité civile + protection juridique professionnelle et privée
Cotisation annuelle : 125 €

COTISATION

- Payable par prélèvement, je complète et signe l'autorisation de prélèvement et vous joins un R.I.B. ou un R.I.P.
- Payable par chèque

LE SOUSCRIPTEUR

- Certifie avoir été informé que, conformément à l'article 27 de la loi N78-17 du 6 janvier 1978, il peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Société, de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnelles concernées ; en écrivant au siège social de la Société.
- Certifie que les renseignements contenus dans cette proposition sont à sa connaissance exacts et qu'ils servent de base à l'établissement du contrat dont il sollicite la souscription.

Fait à _____ Le _____

Signature
précédée de la mention
«Lu et approuvé»

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR

| |
|-------|
| |
| |
| |

COMPTE À DÉBITER

| ÉTABLISSEMENT | GUICHET | N° DE COMPTE | CLÉ |
|---------------|---------|--------------|-------|
| | | | |

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la 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.

NOM ET ADRESSE DU DÉPOSITAIRE, compte à créditer

| |
|------------------------------------|
| MADP - 13, RUE BALLU - 75009 PARIS |
| N° NATIONAL D'ÉMETTEUR : 008141 |

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

| |
|-------|
| |
| |
| |

DATE : _____ SIGNATURE : _____



Assurances
professionnelles du
pharmacien salarié

S'entraider, c'est un état d'esprit.

