



Code 2457

**BON DE COMMANDE****A retourner à l'adresse suivante :**VIDAL – Administration des ventes  
21 rue Camille Desmoulins - 92789 Issy les Moulineaux Cedex 9Pour tout renseignement,  
contactez notre Service Clients

- Tél : 0820 90 13 45 (0,12 €/min)
- Fax : 01 73 28 12 29
- E-mail sur : [www.vidal.fr](http://www.vidal.fr) (rubrique "Contact")

**Votre commande**

Je souhaite m'abonner à VIDAL ÉDITION DENTAIRE. Je recevrai 3 CD-Rom par an.

Configuration recommandée : Windows 2000 ; Vista™ ; XP ; IE5 ou +. Mac OS X (10.4 ou +). Espace minimum disponible sur disque dur : 900 Mo.

**1<sup>er</sup> poste = ~~162 € TTC~~ 135 € TTC (112,88 € HT\*)****Poste supplémentaire = ~~84 € TTC~~ 70 € TTC (58,53 € HT\*)**Je commande ..... poste(s) de VIDAL Edition Dentaire  
pour un montant de ..... € TTC**Pour toute commande à partir de 2 postes,**  
merci de préciser l'installation de vos CD-ROM :

- ☐ Installation sur chaque poste
- ☐ Installation sur un serveur unique

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

**Vos coordonnées**

Nom du logiciel dentaire utilisé\* .....

Nom\* ..... Prénom\* .....

Adresse\* .....

Code postal\* ..... Ville\* ..... Pays .....

Tél\* ..... E-mail .....

\* Champs obligatoires

**Votre règlement**

- ☐ **Prélèvement automatique\*\*** je serai prélevé de 13,50 € TTC/mois  
pour le 1<sup>er</sup> poste et 7 € TTC/mois par poste supplémentaire pendant 10 mois.

**Je joins obligatoirement l'autorisation de prélèvement ainsi qu'un RIB**

- ☐ **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 :   /  **Votre signature**

- ☐ Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales  
de vente consultables sur [www.vidal.fr](http://www.vidal.fr) et notamment du fait que  
passer commande vaut acceptation desdites conditions.

Fait à :

Le :

Signature :

\*\* 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.

**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. **Joindre obligatoirement un RIB, un RIP ou un RICE.**

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 :

COMPTE À DÉBITER

Etablissement		Codes	Guichet	N° de compte				Clé R.I.B.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date :

Signature :

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6/01/78, vous disposez d'un droit d'accès de rectification des informations vous concernant et vous pouvez exercer ce droit auprès de la société VIDAL (Service fichier). Ces données pourront être utilisées afin de vous informer sur l'évolution des produits VIDAL.