

Bulletin à nous retourner avec le règlement par chèque ou carte bancaire.

Nom / Name*.....

Adresse / Adress*.....

CP..... Ville..... Pays.....

Courriel / email*..... Tél/Port*

Abonnement / Subscription (4 numéros) : parution en mars, juin, septembre et décembre

France : **78,00€** - Europe : **84,00€** - Autres pays et Dom-Tom : **88,00€**

Chèque à l'ordre de **La REVUE ICARE** ou Virement postal (postal draft) CCP1469614M020

Paiement par carte bancaire (credit card) : Type de carte : Visa Mastercard CB

N° de carte : |_|_|_|_| / |_|_|_|_| / |_|_|_|_| / |_|_|_|_| Expire le : |_|_| / |_|_|

Par mesure de sécurité, le cryptogramme devra être communiqué par mail séparé ou par téléphone au 01 49 89 24 06.

*mention obligatoires

J'accepte de recevoir le bulletin d'information trimestriel de La Revue ICARE ainsi que la facture de mon abonnement par mail et je comprends que, conformément à la politique de confidentialité de la revue ICARE, je peux me désabonner à tout moment.

Date* :

Signature*