

Je soussigné(e) (adresse de **facturation**)

Nom ..... Prénom .....

Société / Institution ..... TVA\* .....

Rue / N° ..... Bte .....

CP ..... Localité ..... Pays .....

Email ..... Tél. ....

\*Pour bénéficier de l'exemption de TVA en application de l'art. 138 de la Directive 2006/112/CE, les clients doivent fournir leur numéro de TVA intracommunautaire.

souscris un abonnement **institutionnel** à la revue *Cahiers critiques de thérapie familiale*

Tarifs\* 2 numéros/an

France métropolitaine et Belgique	65,00 € TTC	61,32 € HT
Reste du monde	67,00 € TTC	63,21 € HT

\* Frais de port et d'emballage compris pour tous pays. L'abonnement se clôture à la parution du dernier numéro de l'année.

commande ..... exemplaire(s) du numéro ....., intitulé .....

au prix de 35,00 € TTC l'exemplaire (frais de port et d'emballage en sus).

Adresse de **livraison** souhaitée (si différente de l'adresse de facturation ci-dessus)

Nom ..... Prénom .....

Société / Institution ..... TVA .....

Rue / N° ..... Bte .....

C.P. ..... Localité ..... Pays .....

Email ..... Tél. ....

### Paiement

- Paiement à réception de la facture  
ou  
 J'autorise la société Cairn.info à débiter ma carte VISA - MasterCard / Eurocard (rayer la mention inutile)

N° |.....|.....|.....|.....| |.....|.....|.....|.....| |.....|.....|.....|.....| |.....|.....|.....|.....|

Date de validité |.....|.....|.....|.....| N°CVV \* |.....|.....|.....| \* Les 3 numéros au dos de votre carte, pour une meilleure sécurité des transactions.

Date ...../...../..... Signature .....

À retourner à  
**Service abonnements**  
**Revue De Boeck Supérieur**  
Cairn.info – 26, rue Édouard-Lockroy – 75011 Paris  
Tél. : +33 1 84 79 13 63 – E-mail : abonnements.dbsup@cairn.info