MES COORDONNÉES

NOM :_____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

_____

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

Tel : _____ COURRIEL :_____@_____

Choisissez votre abonnement : UN AN, QUATRE NUMEROS : 20 euros

O PRELEVEMENT ANNUEL de 20€

- en remplissant l'autorisation de prélèvement figurant ci-dessous, (joindre si possible un RIB pour éviter les erreurs de transcription).

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **ANCRAGE EN PARTAGE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Nom du Créancier

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du mandat : 0001abonnement

Identifiant créancier SEPA : FR80ZZZ85B79D

Débiteur :

Votre Nom* **Inutile si vous joignez un RIB**

Votre Adresse*

Code postal* Ville *

Pays*

Créancier :

Nom **Ancrage en Partage**

Adresse **18, rue de Pujols**

Code postal **47300** Ville **VILLENEUVE SUR LOT**

Pays FRANCE

IBAN*

BIC**

Paiement : X Récurrent/Répétitif Ponctuel

Tiers débiteur **Abt annuel** **20 euros**

A* :

Le* :

Signature* :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document qu
obtenir auprès de votre banque.
(*) Veuillez compléter les données obligatoires du mandat.
(**) Obligatoire si hors de l'EEE. Facultatif pour les opérations intra Espace
Européen (EEE).

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'opposi
rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.