



AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Actes sud à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Actes sud. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Sauf instructions contraires de ma part, je vous remercie de procéder d'office au renouvellement de mon abonnement annuel

Titulaire du compte à débiter

Nom

Prénom :

Adresse

Code postal Ville

Informations du compte à débiter

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'identification du compte bancaire - IBAN
(International Bank Account Number)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code International d'identification de votre banque
BIC (Bank Identifier Code)

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, 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'opposition, d'accès et de rectification tels que 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.

**Joindre obligatoirement un relevé
d'identité bancaire (au format IBAN BIC)**

Désignation du créancier

Actes Sud SA

Passage du Méjan

47, rue du Docteur Fanton

BP 38

13633 Arles Cedex

Identifiant créancier SEPA FR61ZZZ430659

Fait à le

Signature obligatoire :