

Par téléphone (appel gratuit) :
Pour la Belgique au **0800/250.38** - Pour le Luxembourg au **8002/9195**

En renvoyant ce bon d'abonnement (Belgique et Luxembourg) à :
Bayard Milan - Da Vincilaan, 1 - 1930 Zaventem (Belgique)

Merci d'écrire en lettres capitales.

COORDONNÉES DE L'ÉCOLE

UQTREN22

NOM DE L'ÉCOLE OU DE L'ÉTABLISSEMENT

CODE ÉCOLE À REMPLIR PAR BAYARD MILAN

ADRESSE

NUMÉRO

VENDEUR

CODE POSTAL

LOCALITÉ

PAYS

COORDONNÉES DU PAYEUR

MME M.

PRÉNOM DU PAYEUR

NOM DU PAYEUR

ADRESSE

NUMÉRO

CODE POSTAL

LOCALITÉ

PAYS

ADRESSE E-MAIL (1)

TÉLÉPHONE

VOS ABONNEMENTS OU RÉABONNEMENTS AU TARIF ÉCOLE

> MAGAZINE CHOISI N°1 AVEC HORS-SÉRIES

TARIF

€

PRÉNOM DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT

ADRESSE

COMPLÈMENT D'ADRESSE

NUMÉRO

CODE POSTAL

LOCALITÉ

PAYS

DATE DE NAISSANCE

> MAGAZINE CHOISI N°2 AVEC HORS-SÉRIES

TARIF

€

PRÉNOM DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT

← ADRESSE CI-CONTRE

> MAGAZINE CHOISI N°3 AVEC HORS-SÉRIES

TARIF

€

PRÉNOM DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT

← ADRESSE CI-CONTRE

MODES DE PAIEMENT

OU

PAR DOMICILIATION : je choisis le paiement mensuel et je paie chaque mois de parution le montant suivant

€

Je complète le mandat ci-dessous.

PAR VIREMENT : je recevrai un bulletin de virement dans un prochain courrier.

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPEENNE SEPA

Mandat pour un encaissement récurrent. Les tarifs indiqués sont garantis 1 an. Au-delà de la première année ils sont susceptibles d'être modifiés. Vous conservez la possibilité d'interrompre l'abonnement à tout moment, sans frais, par simple lettre. En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez BAYARD à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de BAYARD. Compte BAYARD : BE12 7320 0432 0692. Le 1er prélèvement sera fait dès la mise en place de votre abonnement. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date du débit pour un prélèvement autorisé ou sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

1. NOM DU DÉBITEUR MME M.

PRÉNOM

NOM

ADRESSE

NUMÉRO

CODE POSTAL

LOCALITÉ

PAYS

ADRESSE E-MAIL (1)

TÉLÉPHONE

2. IDENTIFICATION DU COMPTE BANCAIRE

IBAN

6. SIGNATURE OBLIGATOIRE

CODE BIC

4. FAIT À

SIGNATURE OBLIGATOIRE

3. TYPE DE PAIEMENT : paiement récurrent

5. DATE

J J M M A A A A

Les informations recueillies dans ce bon seront traitées selon nos obligations contractuelles émises vous et seront destinées à ce pourquoi vous avez donné votre consentement. Vous disposez à tout moment du droit d'accès, de correction ou de suppression de ces données. * En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Bayard Presse Benelux S.A. à envoyer des instructions à votre banque et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Bayard Presse Benelux S.A. Vous bénéficiez d'un droit au remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Votre banque peut vous renseigner au sujet de vos droits relatifs à ce mandat.