



SERVICE DU CDE - PRÉLEVEMENT TRIMESTRIEL

Afin de simplifier et d'étaler votre règlement à l'abonnement de la *Revue des Oiseaux Exotiques* au CDE nous vous proposons 4 prélèvements par an.

Exemple pour la France: 1 le 10 janvier de 15,00 € - 1 le 10 avril de 15,00 € - 1 le 10 juillet de 15,00 € - 1 le 10 octobre de 15,00 € - **TOTAL = 60,00 €**

Merci de bien vouloir retourner cet avis de prélèvement dûment rempli et signé à :
CDE, 3 lotissement, La Salette, 56220 Limerzel

POUR LE RENOUELEMENT DES ABONNEMENTS 2025, LES PRÉLEVEMENTS SE FERONT PAR TACITE RECONDUCTION

Numéro d'abonné:
AB

Mandat de prélèvement SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **le CDE** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions **du CDE**.

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.

*Veuillez compléter les champs marqués **

Votre Nom	*	.....	1
		Nom / Prénoms du débiteur	
Votre adresse	*	.....	2
		Numéro et nom de la rue	
	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	3
		Code Postal	
	*	.....	4
		Ville	
	*	.....	4
		Pays	
Les coordonnées de votre compte (ou joindre un RIB)	*	<input type="text"/>	5
		Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
	*	<input type="text"/>	6
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	*	Conservatoire des oiseaux exotiques (CDE)	7
		Nom du créancier	
	*	En cours	8
		Identifiant du créancier	
	*	79, la Tennière	9
		Numéro et nom de la rue	
	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	10
		Code Postal	
	*	Sainte-Reine-de-Bretagne	10
		Ville	
	*	FRANCE	11
		Pays	
Type de paiement	*	P, Prélèvement trimestriel <input checked="" type="checkbox"/>	12
Signé à	*	.....	13
		Lieu	
		(1) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Date : JJ/MM/AAAA	
Signature(s)		Veuillez signer ici <input type="text"/>	

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

(1) Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères