

BON D'ABONNEMENT

à remettre à l'enseignant de votre enfant ou au délégué(e) Milan Presse de votre région (coordonnées ci-contre).

Grâce à votre abonnement, l'école bénéficie d'abonnements gratuits ou à tarif réduit pour la classe.

Carine MARCHAND

18 rue Balzac 68000 COLMAR

Tel.: 06 79 77 17 33 c.marchand@milan.fr

24208034

Code délégué(e): 68A

U170265							COORDONNEES DU PAYEUR (OBLIGATOIRES)	
		TARIF SPE		TARIF ÉCOLE 1 AN			Mme M,	
		Palement	RNELLE Paiement		Palement	Paiement	PRÉNOM DU PAYEUR	
agazine choisi	Durée	comptant	en 4 fois	Durée	comptant	en 4 fois	NOM DU PAYEUR	
ISTOIRES OUR LES PETITS	9 N≔ + 9 CD	□ 46 €	□ 11,50€	11 N= + 11 CD	□ 56 €	□ 14 €	COMPLÉMENT D'ADRESSE (RÉSIDENCE, ESC., BÁT.)	
OUPIE	9 N≃	□ 42 €	□ 10,50€	12 N=	□ 56 €	□ 14 €	NUMÉRO* RUE/AY/BD/IMP./LIEU-DIT/BP/CH*	
AKOU	9 N∞	□ 42 €	□ 10,50€	12 Nº	□ 56 €	□ 14 €	CODE POSTAL COMMUNE	
NOM DE L'ÉCOLE OU DE L'ÉT.	ABLISSEMENT						TÉLÉPHONE (FACULTATIF)	
10 CODE ÉCOLE (À REMPLIR PAI	R VOTRE DÉLÉG	GUÉ(E) MILAN					E-MAIL Merci de nous préciser votre adresse e-mail afin que nous puissions, conformément la loi, vous adresser votre récapitulatif de commande et correspondre avec vous par courri	
> Abonnement	ou réabo	onnement	Nº1 AU TA	RIF ÉC		RIF (> Abonnement ou réabonnement N°2 AU TARIF ÉCOLE	
PRÉNOM DE L'ENFANT						PRÉNOM DE L'ENFANT		
NOM DE L'ENFANT						NOM DE L'ENFANT		
NOM DE L'ENFANT COMPLÉMENT D'ADRESSE (RÉSIDENCE, ESC., BÀT.) NUMÉRO RUE/AV/BD/IMP/LIEU-DIT/BP**						COMPLÉMENT D'ADRESSE (RÉSIDENCE, ESC., BÂT.)		
NUMÉRO		D/IMP./LIEU-DIT	T/BP**				NUMÉRO RUE/AV/BD/IMP/LIEU-DIT/BP**	
RUE/AV./BD/IMP./LIEU-	DIT/BP**						RUE/AV./BD/IMP./LIEU-DIT/BP**	
CODE POSTAL	СОМ	MUNE					CODE POSTAL COMMUNE	
J J M M							J J M M A A A A	
DATE DE NAISSANCE	4.174	all account and all a dec	CLASSE				DATE DE NAISSANCE CLASSE	
quez precisement le libelle	du titre. **In	diquez precisem	ient le nº de voie	et le libelli	de voie pour	une meilleure gara	rantie de l'acheminement de votre commande.	
PAR CHÈQUE :				bancaire po	our régler votr	€ e commande)	OU PAR 4 PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES les 4 premiers mois de l'abonnement (offre non disponible sur le web)	
PAR CHÈQUE		: QUANTITÉ P CADHOC	□ UP CHÉ	MONTANT		€	SOIT € PAR MOIS	
CADO CHÉQ		CKETS KADÉO		COUE LIKE		CHÈQUE CULTU OPPING PASS	Je complète le mandat ci-dessous et je joins un RIB. NE PAS ENVOYER DE CHÈQUE.	
concernant le présent ma	z Milan Presse andat sont expl e de débit de v en lettres d	a envoyer des ir liqués dans un do otre compte pou capitales.	nstructions à votre ocument que vou ur un prélèvement N'oubliez pa	e banque po s pouvez ob autorisé - S	pur débiter votre itenir auprès de ians tarder et au MILAN P	e compte conform votre banque. Vou u plus tard dans les RESSE TOULOU vé d'identité b	/ous conservez la possibilité d'interrompre l'abonnement à tout moment, sans frais, par simple lettre. En signant ce formi nément aux instructions de Milan Presse. Le 1º prélèvement sera fait des la mise en place de votre abonnement. Vos cu su bénéficie du droit d'être remboursé par votre banque. Une demande de remboursement doit être présentée : -Dar s 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. USE - ICS : FR52ZZZ610659 Dancaire (RIB). Assurez-vous que votre adresse e-mail est renseignée sur votre bor prélèvement et votre numéro de mandat puissent vous être envoyés.	
1. NOM DU DÉBIT		мме						
PRÉNOM	NOM							
COMPLÉMENT D'ADRE	SSE (RÉSIDEN	CE, ESC., BÅT.)	NUMÉR	10	RUE/A	V./BD/IMP./LIEU-D	DIT/8P**	
CODE POSTAL		MUNE						
2. IDENTIFICATIO	N DU COI	MPTE BANC	AIRE					
IBAN								
CODE BIC					3. TYPE	DE PAIEMENT	IT : paiement récurrent	
4. DATE				5. FAIT	À:			

Offir valdable joung on 23/06/2021 BN RRANCE MRITOPOLITAINE UNIQUENEUT. Mill in Prease s'argage à la réception du premier numéeo dons un début de quatre (4) semaines ou maximum après enregistement du régiennent la constitue de la constitue de la confidencie de la

Photo de couverture : V. Gire - @Milan Presse 2020