



0 € le premier mois puis 18 € seulement par mois !

Je choisis ma formule d'abonnement (sans aucun engagement !)

<input type="checkbox"/> Cochez ici	J'ÉCONOMISE 18 €	<input type="checkbox"/> Cochez ici	J'ÉCONOMISE 30 €	<input type="checkbox"/> Cochez ici	J'ÉCONOMISE 55 €	<input type="checkbox"/> Cochez ici	J'ÉCONOMISE 95 €
	0 €		20 €		40 €		80 €
	le premier mois puis 18 € par mois seulement !		le premier trimestre* puis 50 € par trimestre (soit 16,66€ par mois)		le premier semestre* puis 95 € par semestre (soit 15,83€ par mois)		la première année* puis 175 € par an (soit 14,58€ par mois)
	Offre Sérénité !						<i>*soit 6,66 € par mois seulement pour les offres découverte !</i>

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Institut Européen à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Institut Européen. 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.

*Veillez 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	
	*	.....	3
		Ville	
	*	.....	4
		Pays	
Les coordonnées de votre compte	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	5
		Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	6
		Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)	
Nom du créancier	*	INSTITUT EUROPEEN	7
	*	FR78ZZZ427152	8
	*	36 RUE NOLLET	9
	*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	10
		PARIS	
	*	FRANCE	11
Type de paiement	*	Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/>	12
Signé à	*	..... (1) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	13
		Lieu	
		Date : JJ/MM/AAAA	
Signature(s)		Veillez 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.