S.A.R.L. STEFINEL - BP 15 - 46500 GRAMAT (FRANCE)
Tél : +33 (0)5.65.10.01.58 - E-mail : contact@stefinel.fr

Vos coordonnées (en lettres **MAJUSCULES**)
NOM : PRENOM :

ADRESSE POSTALE :

CODE POSTAL : VILLE :

PAYS :

Tél :

Adresse internet valide : .....@.....

2 è adresse de secours : .....@.....
(facultatif)

BULLETIN D'ADHESION - Pack "Les essentiels"
11 logiciels - 3 accessoires

Conditions d'abonnement au pack "Les essentiels" version STEFINEL 7
- mise à disposition, pendant l'abonnement, des onze logiciels Vitelu, Editlu, Adress'ico, Tissemot, Mémomot, Salade d'homophones, Besoin d'espaces, Avoir ou Etre, VNA B-A BA, Balance, Scan Click et des trois accessoires Tris multi-critères, Chronomètre, Dé magique
- installation des logiciels par téléchargement sur un ordinateur
- activation mensuelle automatique par connexion internet, ou manuelle par un code reçu par mail chaque mois
- cotisation mensuelle : 15,90 EUR- mois d'août offert
- règlement des mensualités par prélèvement mensuel conforme à la norme SEPA. Réception par mail, chaque fin de mois, de la facture notifiant le prélèvement du prochain mois (au format PDF)
En cas de rejet d'un prélèvement, le montant du mois concerné auquel s'ajouteront les frais de rejet de 11,50 EUR, sera réglé par tout autre moyen de paiement. L'abonnement sera interrompu jusqu'à paiement complet du montant dû.
- maintenance incluse dans l'abonnement
- possibilité de résilier l'abonnement à tout moment par mail au plus tard le 10 du mois en cours : l'abonnement et les prélèvements s'arrêteront à la fin du mois.

❑ **Mon ordinateur dispose de la configuration minimum nécessaire :**
Compatible PC – Windows 8(1), Windows 10, Windows 11
Espace disque dur : 240 Mo - RAM : 4 Go
Affichage écran : minimum 1024 x 768

Date et signature :

Bulletin d'adhésion à renvoyer avec le **mandat de prélèvement SEPA**, l'ensemble complété, daté et signé, accompagné d'un **Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** :

- par mail en pièce jointe à **contact@stefinel.fr**

- ou par courrier postal à STEFINEL - BP 15 - 46500 GRAMAT (France)

Vous recevrez un mail vous confirmant le traitement de votre abonnement.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Votre nom : ....

Votre prénom : ....

Votre adresse : ....

Code postal : .... Ville : ....

Pays : ....

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

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

France
Suisse
Belgique

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

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent/répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐

CREANCIER

Nom : SARL STEFINEL

ICS (Identifiant Créancier SEPA) : FR23ZZZ538043

Adresse : MAS DE BERGUES - 46500 LAVERGNE (France)

En signant ce formulaire, vous autorisez STEFINEL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de STEFINEL. 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.

Fait à : ....
Lieu

Signature :

Le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Date : JJ/MM/AAAA

Joindre un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.)

Référence unique du mandat (à remplir par STEFINEL)