



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 :@.....

BULLETIN D'ADHESION – Un logiciel au choix 5 EUR TTC /mois

Conditions d'abonnement

- mise à disposition, pendant l'abonnement, du logiciel sélectionné
- installation de STEFINEL 7 par téléchargement sur un ordinateur
- activation mensuelle automatique par connexion internet, ou manuelle par un code reçu chaque mois par mail
- cotisation mensuelle : 5 EUR/mois - mois d'août offert chaque année
- maintenance incluse dans l'abonnement
- 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.
- possibilité de résilier définitivement 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.

Merci d'entourer le logiciel souhaité :

Achurnalok et ses amis	Adress'ico	Avoir ou Etre	Balance	Besoin d'espaces
Editlu	Epellaclic	Idlic	Jeux de che	Langage et memory
L.D.E.	Maditsyl	Magnortho	Maison/Salle de jeux	Mémomot
Mixiform	P.S.M.D.T.	Repérage 1	Salade d'homophones	Scan Click
Tam Tam Rythme	Tango des sons	Temporel	Tissemot	Valse sons
Vitelu	VNA B-A BA			

☐ **Mon ordinateur dispose de la configuration minimum nécessaire :**

Compatible PC - Windows 8(1), Windows 10, Windows 11 (tablettes non compatibles)

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'. Vous recevrez un mail avec le lien de téléchargement des logiciels.

Votre nom :

Votre prénom :

Votre adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

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

[illegible][illegible][illegible]

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

Païement récurrent/répétitif ☒Païement ponctuel ☐

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 :

Le :

Date : JJ/MM/AAAA

Signature :

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

Référence unique du mandat (à remplir par STEFINEL)

[illegible]