

N° Rum :	/2425	NOM :	
N°tiers	N° Mandat	PRENOM :	
<u>Si mineur, nom et prénom du responsable légal :</u>			

NE RIEN INSCRIRE dans les cases grisés - réservé au CMCS

<u>ECHEANCIER</u>	activité n°1	activité n°2	activité n°3	TOTAL/mois
Prélèvement 1 (10/2024)	€	€	€	€
Prélèvement 2 (11/2024)	€	€	€	€
Prélèvement 3 (12/2024)	€	€	€	€
Prélèvement 4 (01/2025)	€	€	€	€
Prélèvement 5 (02/2025)	€	€	€	€
Prélèvement 6 (03/2025)	€	€	€	€
Prélèvement 7 (04/2025)	€	€	€	€
Prélèvement 8 (05/2025)	€	€	€	€
Prélèvement 9 (06/2025)	€	€	€	€
			TOTAL /an	€

- J'accepte les conditions et montants des prélèvements de mon abonnement annuel du CMCS ci-dessus.
 - Je note que les prélèvements s'effectueront entre le 1^{er} et le 5 de chaque mois.
 - Je souhaite que les prélèvements soient prélevés sur le compte bancaire référencé sur le mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé par mes soins (RIB joint).
 - Si je souhaite arrêter ou suspendre son activité (et le prélèvement correspondant), un courrier est obligatoire avec le motif (par voie postale ou électronique au CMCS) 15 jours ouvrables avant la date du prélèvement suivant.
- Le CMCS se réserve le droit de refuser le motif de l'arrêt (sauf avis médical).

Date

Signature (lu et approuvé)

