



JE M'ABONNE

ABONNEMENT
À VOTRE MAGAZINE

SEPA - ICS : FR42ZZZ8619F9

24€/an abonnement classique 30€/an abonnement ami 40€ et + abonnement de soutien _____ €

par Carte bleue sur www.leji.fr rubrique abonnement

par chèque à l'ordre de : **Journal de l'insoumission** : 8 RUE PERRIN 39000 LONS-LE-SAUNIER

par prélèvement automatique 2,5€ / mois > 2,5€ : _____ €/mois [JOINDRE UN RIB](#)

NOM *: Prénom*: N° tel *:

Adresse*: CP*: Ville*:

@*:

*Ces informations seront conservées par la rédaction du journal toute la durée de votre abonnement en vue de son exécution. Vous disposez d'un droit d'accès de rectification et d'effacement de vos données personnelles en vous adressant à abonnement@leji.fr

IBAN :

BIC :

Fait à :

le : Signature

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

JE COMMANDE

POUR TENIR
UN POINT DE VENTE

- 10 EXEMPLAIRES : 30€
- 20 EXEMPLAIRES : 60€
- 50 EXEMPLAIRES : 150€
- 100 EXEMPLAIRES : 250€
- 500 EXEMPLAIRES : 1000€

Je joins un chèque à ma commande, et l'encaissement sera différé.

Je prends contact avec contact@leji.fr pour organiser la livraison et évaluer les frais de port.

J'OFFRE UN ABONNEMENT

ABONNEMENT
À VOTRE MAGAZINE

SEPA - ICS : FR42ZZZ8619F9

De la part de : mail :

24€/an abonnement classique 30€/an abonnement ami 40€ et + abonnement de soutien _____ €

par Carte bleue sur www.leji.fr rubrique abonnement

par chèque à l'ordre de : **Journal de l'insoumission** : 8 RUE PERRIN 39000 LONS-LE-SAUNIER

par prélèvement automatique 2,5€ / mois > 2,5€ : _____ €/mois [JOINDRE UN RIB](#)

POUR

NOM *: Prénom*: N° tel *:

Adresse*: CP*: Ville*:

@*:

IBAN :

Signature

BIC :

Fait à : le :

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

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.