



# FORMULAIRE DE MISE EN PLACE D'UN PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

A compléter et à retourner à l'adresse suivante :

**Réglo Mobile / co Afone - Service clients  
BP 90530 - 49105 ANGERS cedex 2**

1. Je veux mettre en place un rechargement automatique pour ma ligne Réglo Mobile dont le numéro est :

2. Je choisis mon type de rechargement automatique (cochez la case correspondante) :

**Un rechargement automatique sur franchissement de seuil.** (Mon compte Réglo Mobile sera automatiquement rechargé du montant que j'ai défini ci-dessous, dès lors que mon crédit de consommation passera en dessous du seuil, dont le montant est fonction de ma formule, voir fiche tarifaire).

I. Montant du rechargement : \_\_\_\_\_ (saisir un montant compris entre 3€ et 200€)

II. Le paiement sera réalisé par carte bancaire :

Nom du titulaire : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_ Date expiration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cryptogramme visuel : \_\_\_\_\_ (3 derniers chiffres du numéro inscrits au dos de votre carte)

**Un rechargement automatique mensuel à date fixe** (mon compte Réglo Mobile sera automatiquement rechargé tous les mois à la date de mon choix et du montant que j'ai défini ci-dessous)

I. Montant du rechargement : \_\_\_\_\_ (saisir un montant compris entre 3€ et 200€)

II. Date du rechargement mensuel : \_\_\_\_\_ (indiquer le jour souhaité, entre 1 et 28)

III. Je choisis le mode de paiement souhaité pour le prélèvement (cochez la case correspondante) :

**Par carte bancaire :**

Nom du titulaire : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte : \_\_\_\_\_ Date expiration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cryptogramme visuel : \_\_\_\_\_ (3 derniers chiffres du numéro inscrits au dos de votre carte)

**Par prélèvement sur compte bancaire :** Remplir le mandat ci-dessous et joindre un RIB récent

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Nom du créancier	I.C.S. Identifiant du créancier SEPA	R.U.M. Référence Unique de Mandat
LTelecom 26 quai Marcel Boyer 94200 Ivry-sur-seine	FR15ZZZ531688	Disponible sur votre espace client
<b>Type de paiement : Récurrent</b>		

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LTelecom à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LTelecom. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

### Titulaire du compte à débiter (A compléter)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

### Désignation du compte à débiter (A compléter)

IBAN : \_\_\_\_\_

BIC : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_