

MES INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
Code postal _____ Ville _____
Téléphone _____ Email _____
Date _____

JE M'ABONNE

A Témoignage (5 numéros) ☐ tarif classique (33€) ☐ tarif soutien (45€)
☐ tarif petit budget (18€)

Au Hors-série (2 numéros) / **!! Il faut être abonné à Témoignage**
☐ 16€

Malvoyant ou non voyant,
je choisis de recevoir Témoignage en version audio sur CD ☐

JE CHOISIS MON MODE DE RÈGLEMENT

Compte à débiter

Code établissement _____

Guichet _____

Numéro de compte _____

☐ **Par chèque**

☐ **Par prélèvement**

Etablissement teneur du compte à débiter

Etablissement _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Email _____

Organisme créancier :

REF : DK.434107.06042.27413441.TEL

Les équipes Témoignage - ACO

7 rue Paul Lelong 75002 Paris

N° national émetteur 434107

Important :

n'oubliez pas de
signer et de joindre
un RIB à votre
bulletin
d'abonnement.

Signature : _____