

# Abonnement Répertoire TNP

## à partir de 3 spectacles

Nom/prénom \_\_\_\_\_  
Établissement \_\_\_\_\_  
Numéro/rue \_\_\_\_\_  
Code postal/ville \_\_\_\_\_  
Tél. personnel \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_  
Adresse mail \_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir la newsletter du TNP  oui  non  
Je m'abonne au TNP pour la première fois  oui  non  
J'accepte de recevoir des informations des partenaires médias du TNP  
 oui  non

	Date	Repli	Ami/Acc
<input type="checkbox"/> L'École des femmes Répertoire TNP			
<input type="checkbox"/> Le Triomphe... Répertoire TNP			
<input type="checkbox"/> La Jeanne... Répertoire TNP			
<input type="checkbox"/> Mai, juin, juillet Répertoire TNP			
<b>Option à 18 €</b>			
<input type="checkbox"/> Trilogie des Chevaliers			

Nombre \_\_\_\_\_ Abonnement(s) individuel(s) à **36 €**  
soit 12 € par spectacle

Nombre de places à 12 € x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ €  
Nombre de place(s) en option « Trilogie... » à 18 € x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ €  
Nombre de place(s) Ami-abonné ou Accompagnateur (cf. tarifs p. 67)  
Tarif \_\_\_\_\_ € x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ €  
**Total du règlement** \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ €

Correspondance \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Merci de remplir un bulletin par personne si les choix de spectacles, les dates ou les adresses sont différents.

## Mandat de prélèvement SEPA

Document à joindre  
avec votre bulletin d'abonnement

**1** Indiquez vos nom, prénom et adresse complète.

**2** Précisez les coordonnées de votre compte (IBAN).  
Elles figurent sur votre relevé bancaire.

**3** Inscrivez les références de banque (BIC) que vous  
retrouvez également sur votre relevé d'identité bancaire.

**4** Dater et signez.

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

**6** Retournez-nous ce mandat signé, accompagné  
de votre RIB à Théâtre de la Cité S.A.R.L.  
8 place Lazare-Goujon, 69627 Villeurbanne cedex

Référence unique du mandat RUM (sera remplie par le TNP)

\_\_\_\_\_

### Vos coordonnées

\* \_\_\_\_\_  
Nom/prénom du débiteur  
\* \_\_\_\_\_  
Numéro/rue  
\* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_  
Code postal Ville  
\* \_\_\_\_\_  
Pays

### Les coordonnées de votre compte

\* \_\_\_\_\_  
IBAN (numéro d'identification international du compte bancaire)  
\* \_\_\_\_\_  
BIC (carte d'identification de votre banque)

Créancier : TNP, 8 Place Lazare-Goujon, 69627 Villeurbanne cedex, France  
ICS : FR 53ZZZ436817

\* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_ \* \_\_\_\_\_  
Lieu Date Signature

Type de paiement : paiement répétitif. Vous acceptez que le prélèvement soit effectué à la saisie de votre abonnement.  
Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.  
\* Mentions obligatoires