

Demande de modification d'abonnement

Formulaire réservé aux avocats (associés ou collaborateurs)
sous réserve que le cabinet dispose déjà d'un abonnement au BarreauPack.



Nous vous remercions de :

- renseigner en totalité tous les champs du formulaire,
- remplir en totalité et signer le mandat de prélèvement SEPA,
- joindre un Relevé d'Identité Bancaire.

A DEFAUT VOTRE DOSSIER NE POURRA ETRE TRAITE

A retourner uniquement par voie postale au :
Conseil national des barreaux • Service Administratif &
Financier • 180 Boulevard Haussmann • 75008 PARIS

Cabinet ou avocat titulaire de l'abonnement :

Numéro de client (précisé sur votre facture d'abonnement) : C

- Type d'abonnement :
- Clé simple (AC Avocat Class 3+)¹
- Boîtier + clé(s) (AC Avocat Class 3+)²
- Boîtier

*(1) + (2) Si vous avez une nouvelle clé RGS**, la seule modification possible est celle qui concerne votre boîtier.*

Raison sociale de la structure d'exercice :

Nom : Prénom :

N° affilié CNBF : Barreau :

Téléphone fixe : Télécopie :

Courriel avocat :

Adresse :

Code postal : Ville :

Merci d'indiquer le type de modification que vous souhaitez effectuer (cochez la case correspondante)

- Changement vos coordonnées bancaires
- Changement de raison sociale ou de structure
- Changement votre adresse de facturation

En cas de changement de barreau : (hors Paris pour l'instant) **Vous n'avez plus à changer de clé. Vous devez le conserver.** Il vous suffit d'attendre que l'inscription dans votre nouveau barreau soit effective pour accéder aux dossiers qui vous concernent.

Nom de votre nouvelle structure professionnelle

Raison sociale du cabinet (Merci de joindre un extrait K-bis ou un avis SIREN à ce formulaire) :

.....

Votre nouvelle adresse de facturation

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Avocats possédant une clé à facturer sur le même compte bancaire

N° CNBF	NOM	PRENOM

Commentaires

.....

.....

.....



MERCI DE REMPLIR EN TOTALITE ET DE NOUS RETOURNER LE MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA JOINT A CE FORMULAIRE ACCOMPAGNE D'UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE.

A défaut votre dossier ne pourra être traité.

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat (RUM) réservé à la comptabilité :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ASSOCIATION CNB.COM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ASSOCIATION CNB.COM. 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.

Identifiant créancier SEPA : **FR93ZZZ509429**

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER	NOM ET ADRESSE DU DEBITEUR
ASSOCIATION CNB.COM 22 rue de Londres 75009 PARIS FRANCE	Nom ou Raison sociale : Adresse : Code postal : Ville :
DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
<u>Numéro d'identification internationale du compte bancaire (IBAN)</u> <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; height: 20px; margin-top: 5px;"> </div>	
<u>Code international d'identification de votre banque (BIC)</u> <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; height: 20px; margin-top: 5px;"> </div>	
TYPE DE PAIEMENT : récurrent/répétitif	

Fait à :

Le : / / 20.....

Signature :

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.