

AFFAIRE SUIVIE PAR

1 TITULAIRE DU CONTRAT

NUMÉRO D'APPEL CONCERNÉ

Raison sociale
 Numéro de compte client
 Personne à contacter Numéro de contact

2 COORDONNÉES DE L'EMPLOYÉ ET ADRESSE DE FACTURATION

Nom / Prénom
 BP BP Code postal Localité
 Domicile Appt. / Étage / Bât. / résidence
 N° / Rue Code postal Localité
 Ma facture par mail Adresse mail

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Oui⁽¹⁾ Non

3 DATE

Date souhaitée de mise en place de la facturation partagée / /

4 DÉTAILS DE L'ABONNEMENT

à la charge de l'employeur à la charge de l'employé

OFFRE DE BASE

Frais de Mise En Service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abonnement (Prix mensuel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usage (communications hors forfait)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPTIONS - ABONNEMENT

Option Internet Mobile Illimité ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Option PACK SMS ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facturation partagée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blocage appels et SMS hors flotte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSOMMATION ROAMING

Communications émises lors de déplacements à l'étranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

5 OBSERVATIONS/PRECISIONS

À Le / / 20

signature du client
et cachet de la société

⁽¹⁾ Joindre obligatoirement l'autorisation de prélèvement avec signature originale et RIB, RIP ou RICE
⁽²⁾ Hors forfait M car déjà inclus dans l'abonnement