

Coordonnées du client

Nom/Raison sociale : COOPERATIVE IDEAL

Adresse/siège : 55 LA MOUTONNIERE

Code Postal : 44260

Ville : PRINQUIAU

N° Siren/Siret : 395 366 271

Téléphone :

E-mail :

Administrateur et gestionnaire des services télécoms

Civilité/Nom/Prénom : RIAUD CAUDARD DELPHINE

Fonction : DIRECTRICE

E-mail de facturation (obligatoire) : secretariat@acces-reagis.org

Adresse de livraison (si différente)

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Détail des services commandés

N°	N° de ligne	N° de RIO	Date souhaitée	Utilisateur	Offre de service	Réseau	Px. € HT/Mois	Options	Px. € HT/Mois
1	CREA				VSM 10 Go	ORANGE	18,62 €	MVV	
2	CREA				VSM 10 Go	ORANGE	18,62 €	MVV	
3	CREA				VSM 10 Go	ORANGE	18,62 €	MVV	
4									
5									

Conditions particulières

Signature :

Le Client certifie exacts les renseignements figurant sur le présent Contrat de Demande d'Accès Aux Services et reconnaît avoir reçu un exemplaire des Conditions Générales et des Conditions Particulières relatives aux services souscrits et applicables au présent Contrat de Demande d'Accès Aux Services. Par la signature du présent Contrat de Demande d'Accès Aux Services, le Client reconnaît en avoir pris connaissance et les accepte dans toute leur teneur.

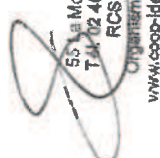
Nom/Prénom du signataire dûment habilité : *RIAUD CAUDARD Delphine*

Fonction : *Directrice*

Fait à : *Prinquiau*

Le : *19/01/2022*

Signature et cachet du Client


55 La Moutonnière - 44260 PRINQUIAU
Tél : 02 40 55 60 00 - Fax 02 40 56 64 08
RCS Saint Nazaire 395 366 271
Organisme de formation : 52 44 08595 44
www.coop-ideal.org / secretariat@coop-ideal.org

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le Client dispose d'un droit d'accès ainsi que d'un droit d'information complémentaire, de rectification et d'opposition sur les données le concernant utilisées par Easelyo-Communications dans le cadre du présent Contrat pour la gestion de son compte et pour toute opération de marketing direct. Le Client peut s'opposer à leur communication à des tiers (communication à des fins d'étude ou de prospection pour des opérations commerciales). Pour exercer ses droits, le Client doit envoyer un courrier à l'adresse suivante : Service Clients - Yxtensys / Easelyo-Communications - BP 12 - 44570 Trignac.

EAASELYO-COMMUNICATIONS - MARQUE DEPOSE DE LA SAS YXTENSYS AU CAPITAL DE 7500 EUROS

SIEGE SOCIAL : 5 AVENUE BARBARA - BP 12 - 44570 TRIGNAC - RCS SAINT- NAZAIRE 989 531 124 00011 - N° TVA INTRACOMMUNAUTAIRE : FR50898531424

SERVICE CLIENT : service.client@easelyo-communications.com - SITE INTERNET : www.easelyo-communications.com

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la SAS YXTENSYS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la SAS YXTENSYS.

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.

Veuillez compléter les champs marqués *.

Raison sociale : * COOPERATIVE IDEAL

Adresse : * 55 LA MOUTONNIERE

* 44260 PRINQUIAU
Code postal Ville Pays

Coordonnées de votre compte : * FR76 1470 6000 2928 2654 8800 055
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

* AGRIFRPP867 Code internationale d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier : * SAS YXTENSYS ICS :
Identifiant créancier SEPA

Adresse : * IMMEUBLE " LE SAPHIR " 5, AVENUE BARBARA - BP12

* 44570 TRIGNAC FRANCE
Code postal Ville Pays

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement Ponctuel ☐

Signé à : * PRINQUIAU Date : 19.01.2022

Signature : *
Signature et cachet du Client


55 La Moutonnière - 44260 PRINQUIAU
Tél. 02 40 56 60 00 - Fax 02 40 56 64 08
RCS Saint Nazaire 395 366 221
Organisme de formation : 52 44 06595 44
www.coop-ideal.org / secretariat@coop-ideal.org

Note : Vos droits concernant le mandat ci-dessus sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du débiteur
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué
(si différent du débiteur lui-même)
Nom du Tiers Débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre (NOM DU CREANCIER) et un Tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir

Code d'identification du Tiers Débiteur

Contrat concerné
Code d'identification du Tiers Créancier

Numéro d'identification de ce contrat

Description du contrat

A retourner à :