

Coordonnées du client

Nom/Raison sociale : OTS GROUPE

Adresse/siège : ZI DE TIRPEN

Code Postal : 56140

Ville : MALESTROIT

Adresse de livraison (si différente)

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Administrateur et gestionnaire des services télécoms

Civilité/Nom/Prénom : Mr Thomas NOEL

Fonction :

Téléphone : 02 97 75 12 99

E-mail :

E-mail de facturation (obligatoire) :

Détail des services commandés

N°	N° de ligne	N° de RTO	Date souhaitée	Utilisateur	Offre de service	Réseau	Px. € HT/Mois	Options	Px. € HT/Mois
1			ASAP		data only 4G Sse 10Go	Orange	14,90 €	routeur 69,90€	14,90 €
2			ASAP		data only 4G Sse 10Go	Orange	14,90 €	routeur 69,90€	14,90 €
3			ASAP		Box 500Go	Orange	139,90 €	routeur 179,90	139,90 €
4			ASAP		Ip fixe		6,90 €		6,90 €
5									

Conditions particulières

Box 500Go demande d'alerte en cas de dépassement du 500Go et débit réduit. Demande de paramétrage du routeur EMAIL de facturation: lpoulquain@groupeots.fr

Signature :

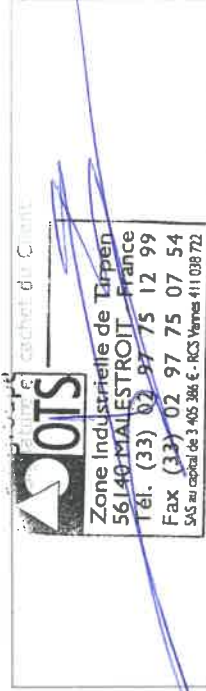
Le Client certifie exacts les renseignements figurant sur le présent Contrat de Demande d'Accès Aux Services et reconnaît avoir reçu un exemplaire des Conditions Générales et des Conditions Particulières relatives aux services souscrits et applicables au présent Contrat de Demande d'Accès Aux Services.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

Nom/Prénom du signataire dûment habilité : Etienne POINT

Fonction : Directeur Industriel

Fait à : Malestroit

Le : 05/01/22



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 :

EASELYO-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 : FR50898531124

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

Mandat de prélèvement SEPA

Référence unique du mandat - à compléter par le créancier

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.

*Veillez compléter les champs marqués *.*

Raison sociale : * O.T.S. GROUPE

Adresse : * Z.I. D.E. TIRPEN

* 56140 MALESTROIT FRANCE
Code postal Ville Pays

Coordonnées de votre compte : * FR76 3004 7140 3400 0331 7670 135
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

* _____
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 : * MALESTROIT Date : 05 01 2022

Signature : * 

Zone Industrielle de Tirpen
56140 MALESTROIT - France
Tél. (33) 02 97 75 12 95
Fax (33) 02 97 75 07 54
SAS au capital de 7 500 € - RCS Nantes 411 335 777

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 :