

Demande d'ouverture de compte

Contact principal	Nom	Prénom
Entité		Fonction
Tél.	E-mail	
SIREN	APE	TVA intraco.

Adresse de facturation principale :

Code postal Ville

Adresse de livraison principale :

Code postal Ville

<i>Contact commercial</i>	Nom	Prénom
Fonction	Mail	Tel.
<i>Contact technique</i>	Nom	Prénom
Fonction	Mail	Tel.
<i>Contact administratif</i>	Nom	Prénom
Fonction	Mail	Tel.
<i>Contact financier</i>	Nom	Prénom
Fonction	Mail	Tel.
<i>Contact HDS *</i>		
Fonction		

Adresse mail pour envoi facture :

Règlement 30 jours net par :

Pièces à joindre obligatoirement à votre e-mail d'envoi : - Relevé d'identité bancaire - Extrait KBIS de moins de 3 mois (si retenu)

Nom du signataire :

Signature/
Cachet d'entreprise :

* Contact réservé à nos clients du domaine Santé qui nous confient l'hébergement de leurs données

Paielement par LCR magnétique non soumise à acceptation

Je, soussigné(e), accepte de régler les factures émises par ILIANE au titre de mes commandes par LCR magnétique non soumise à acceptation dans un délai de 30 jours net pour les matériels et services distribués par la société ILIANE.

J'autorise expressément la société ILIANE à présenter les LCR magnétiques pour règlement au débit de mon compte ci-dessous référencé :

Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Etablissement

Guichet

Numéro de compte

Clé RIB

Date : / /

Nom & prénom du signataire :

Signature et cachet de l'entreprise :

Précédés de la mention « Lu et approuvé » en toutes lettres manuscrites.

Paie ment par prélèvement bancaire

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société **Iliane** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société **Iliane**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Mandat de prélèvement SEPA 	
Référence unique du mandat	
Débiteur :	
VofY Bca :	
J chY prénc a : J chY :	
UXfYgge : 7cXY dcgU :	
J] Y :	
Pays :	
-65B :	
6=7 :	
H] Yfg XfV] Hi f : <input type="text"/>	
5 :	
Signature :	
	Identifiant créancier CEPA : FR24ZZZ492532
	Créancier :
J chY Bca J chY :	ILIANE
UXfYggY	49 Rue Bobby Sands
7cXY dcgU	44800
J] Y	SAINT HERBLAIN
Pays	FRANCE
	Paie ment :
	Tiers créancier
	Le : / /
	Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
	Veillez compléter tous les champs du mandat.

Les données Tiers débiteurs et Tiers créancier sont à compléter si l'émetteur du prélèvement et/ou le débiteur interviennent pour compte d'un tiers :

- Tiers créancier :

Nom du détenteur de la créance s'il est différent du créancier qui génère le prélèvement (qui agit pour compte de...).

- Tiers débiteur :

Nom du débiteur final s'il est différent du titulaire du compte à prélever renseigné dans le mandat.

Nos conditions générales de vente ainsi que notre charte de confidentialité sont à retrouver sur notre site web.

Merci d'imprimer ce formulaire, le signer, et l'envoyer à : comptabilite.clients@iliane.fr