

1 – Vos coordonnées web.fr

Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>	Date de naissance jj/mm/aaaa .. / .. / ..	Adresse: _____	
Nom: _____	Code Postal: _____	Ville: _____	Tel: _____
Prénom: _____	Mobile: _____	UK Tel: _____	Fax: _____

2 – FLEX Internet Haut débit ADSL

Yes **No** 26.95€/mois

Numéro à connecter à adsl INTERNET /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /

Location modem : WIFI modem adsl 2.95€/mois: Yes Non

3 – Informations techniques

email: _____	
Advantage Code: _____	Comment vous nous avez connus _____
Opérateur téléphonique actuel: _____	Votre Fournisseur Internet: _____

4- J'accepte les modalités ci-dessous

► J'autorise le transfert de l'abonnement de ma ligne ainsi que mon numéro de téléphone à STRAGEX Phonexpat.

► Je reconnais avoir pris connaissance et adhérer aux Conditions Générales applicables, ainsi qu'aux conditions particulières, aux options éventuellement souscrites (disponibles sur www.phonexpat.fr, ou sur simple demande auprès de nos services). Stragex Phonexpat ne sera engagée qu'après l'acceptation de votre dossier.

► J'ai pris connaissance que le contrat est conclu pour une durée de 3 mois à partir de la date de mise en service. Les frais d'activation, de la mise en service, du transfert du service, de la résiliation, du non-retour du matériel et tous les autres frais sont disponibles sur les annexes tarifaires (disponibles sur www.phonexpat.fr, ou sur simple demande auprès de nos services). «Le client peut s'inscrire gratuitement son numéro de téléphone sur le site bloctel.gouv.fr afin de ne pas être démarché commercialement par téléphone».

En cas de réponse insatisfaisante ou en l'absence d'une réponse depuis plus 1 mois, contactez le Service Médiation de Phonexpat par courrier ou par email à mediateur@phonexpat.com

5- Prélèvement automatique SEPA - ICS:FR29ZZ464312 STRAGEX Phonexpat: 11 rue Ourches Bat i -78100-St Germain en Laye

► En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) STRAGEX « Phonexpat » à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de STRAGEX « Phonexpat ».

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé

<p style="text-align: center;">Vos coordonnées</p> <p>Nom: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>CP/ Ville: _____</p>	<p style="text-align: center;">Coordonnées bancaires</p> <p>Nom Banque: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>CP/Ville: _____</p>							
<p style="text-align: center;">Compte à débiter.</p> <p>Correspondant à votre RIB (Voir relevé bancaire)</p>	<p style="text-align: center;">IBAN International Bank Account Number</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<p style="text-align: center;">BIC Bank Identifier Code</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>		

Date

Signature

Veillez joindre votre facture de FT + votre RIB - Retournez votre contrat complété et signé