

1 – Vos coordonnées web.fr

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

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 électronique, CS 30342-94257 GENTILLY CEDEX, www.mediateur-telecom.fr

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

Vos coordonnées	Coordonnées bancaires
Nom: _____ Adresse: _____ CP/ Ville: _____	Nom Banque: _____ Adresse: _____ CP/Ville: _____
Compte à débiter. Correspondant à votre RIB (Voir relevé bancaire)	IBAN International Bank Account Number
	BIC Bank Identifier Code

Date

Signature

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