Faxez
par e-mail

Contrat d'Adhésion

Tel: 01 30 61 84 34 contact@faxez.fr
Fax:01 39 73 44 85 www.faxez.fr

FAXEZ by Stragex
Chez SOFRADEC
153 BD Haussmann - 75008 Paris

***Stragex** sarl capital 247.000€ RCS Versailles 509 671 715*

1 – Vos coordonnées

web.fr

Nom :	Adresse 1:	
Prénom :	Adresse 2:	
Société :	Code Postal :	Ville :
Sarl ☐ SA ☐ Libéral ☐ Association ☐ Autre :	Tel :	Fax :
Siret :	Mobile :	email :

2 – Séléctionner votre forfait

☐	☐
7.99€ ht/mois	4.99€ ht/mois
Numéro + Ligne Fax	Numéro + Ligne Fax
Réception en illimitée	Réception en illimitée
40 pages / mois d'envoi de fax incluses (France fixe)	20 pages / mois d'envoi de fax incluses (France fixe)
Pas d'engagement, Pas de frais de résiliation, Préavis 1 mois	

3 – Ligne Fax à connecter

Ma ligne fax à connecter : /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /	Je souhaite recevoir une nouvelle ligne fax : ☐
Portabilité Offerte de votre numéro, Code Rio à 12 caractères :	
Je souhaite avoir un numéro international pour 1.99€ ht/mois : Allemand ☐ Belge ☐ Espagnol ☐ Suisse ☐ UK ☐	

4 – Information technique

Facture détaillée gratuite par email : Oui ☐ Non ☐	Email :
Opérateur téléphonique actuel:	Avez-vous un accès internet sur cette ligne ? Oui ☐ Non ☐
Avez-vous un lecteur de payement sur cette ligne ? Oui ☐ Non ☐	Avez-vous une alarme sur cette ligne ? Oui ☐ Non ☐
Comment vous nous avez connus ?	Code Avantage:

5 – Acceptation des conditions

►J'atteste être disposer de la capacité nécessaire à la conclusion et à l'exécution du Contrat.
Je reconnais également avoir pris connaissance et accepter les Conditions générales et particulières applicables au service (disponibles sur www.faxez.fr ou sur simple demande auprès de nos services).
►J'autorise le transfert le numéro de ma ligne à STRAGEX- Faxez. Les Frais d'activation sont de 6.99€ht, pas engagement, ni frais de résiliation juste 1 mois de préavis, tout mois qui commence est dû.
Les forfaits et les options sont payés un mois en avance.
►J'ai pris connaissance que la portabilité du numéro annule et écrase tous les services qui lui sont attachés.

6 – Prélèvement automatique SEPA - ICS:FR29ZZZ464312 - STRAGEX Faxez : 11 rue Ourches Bat i -78100-St Germain en Laye

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier et si ma situation le permet, tous les prélèvements demandés par STRAGEX. En cas de litige sur un prélèvement, je peux suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Auquel cas je réglerai directement à STRAGEX.
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) STRAGEX « Faxez » à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de STRAGEX «Faxez». 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

Société: .....
Adresse: .....
CP /Ville: .....

Coordonnées bancaires

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

Nom prénom et Signature

Cachet

Veuillez joindre une copie de votre facture + un RIB et Retournez le tout avec votre contrat complété et signé