



N° de Client

N° de Contrat

PERSONNE PHYSIQUE

Mlle Mme M

Nom et Prénom du responsable : N° CIN / Passeport / Carte de Séjour :

Adresse : Ville : Code Postal :

Téléphone : Fax : Mobile : E-mail :

Ce formulaire doit être accompagné de la photocopie de la CIN ou du passeport ou de la carte de séjour.

PERSONNE MORALE

Dénomination Sociale: Statut Juridique:

Adresse du Siège Social: Ville : Code Postal :

Téléphone : Fax : Site-web: E-mail :

Adresse de Facturation Ville : Code Postal :

Exonération Timbre

OUI NON

Exonération TVA

OUI NON

Code TVA

N° Registre de Commerce

En cas d'exonération(s) prière de fournir le(s) justificatif(s).

Nom et Prénom du premier responsable : Fonction :

Téléphone : Fax : E-mail :

Nom et Prénom du responsable des systèmes d'information:

Téléphone : Fax : Mobile : E-mail :

Organisme Payeur: Nom et Prénom du responsable financier:

Téléphone : Fax : Mobile : E-mail :

Pour le Client,

Fait à, le

Signature du Client

Précédée par la mention manuscrite «Lu et approuvé»

(Cachet obligatoire pour les personnes morales)