

Merci de bien vouloir remplir et signer ce bordereau et de nous le retourner par fax et par courrier, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire.

Je soussigné, autorise la société KOZEA à faire prélever en sa faveur, par l'établissement teneur du compte ci-dessous désigné, le montant de l'abonnement annuel dont je suis redevable au titre de mon contrat.

- Offre ECOWEB : ( 10€ HT/mois soit 12€ TTC/mois ) : présentation de votre cabinet sur le web
Offre FLEXIWEB : ( 40€ HT/mois soit 48€ TTC/mois )\* : options Ecoweb + accès à l'agenda en ligne

\* plus coût d'un sms 0,08€ TTC

J'ai pris note des points suivants :

- En cas de changement de compte bancaire, je dois aviser la société KOZEA au moins 30 jours avant la date du prochain règlement.
- La présente autorisation est valable jusqu'à résiliation de mon contrat d'abonnement en application des Conditions Générales d'Utilisation dont j'ai pris connaissance sur le site www.medsite.fr et que j'accepte dans leur intégralité.

Raison sociale (société, capital...) :

Siren (obligatoire) : RCS (Ville) :

Nom et prénom du médecin (en majuscules, obligatoire) :

Mail du médecin (obligatoire) :

N° d'inscription à l'ordre national des médecins :

Nom et adresse de l'établissement bancaire :

IBAN :

BIC :

KOZEA SARL au capital de 33 000€ - 508 023 694 RCS LYON

Table with 2 columns and 4 rows. Headers: 'Autorisation de prélèvement automatique', 'N° Identifiant Créancier SEPA (ICS) FR36ZZZ552941', 'Cachet du médecin', 'Nom et adresse de KOZEA'. Content includes 'Sur compte bancaire, CCP ou Caisse d'Épargne, n° national d'émetteur : 552941' and 'KOZEA SARL 107 Boulevard de Stalingrad 69100 Villeurbanne'.

Date :

Signature :