OUVERTURE DE COMPTE

EVADYS
La station technique certifiée

A retourner : par fax : **02 51 11 32 39**

ou par mail : **contact@evadys.fr**

Informations internes	
ENR CM	REF SAVCLIENT

❑ CREATION ❑ MODIFICATION ❑ MISE A JOUR

IDENTIFICATION DU CLIENT

Raison sociale : .....

Adresse du siège social (rue lieu dit) : .....

Code postal : ..... Ville: .....

Adresse de facturation *(si différente du siège social)* : .....

Code postal : ..... *Ville :* .....

☎ ..... Fax : ..... Mobile : .....

Adresse E-mail : .....

Personne à contacter : ..... Cat socio-professionnelle : .....

N° TVA intracommunautaire : **FR** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Forme juridique : ..... Montant capital social : ..... Date de création .....

Lieu inscription RCS : ..... N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

KBIS à transmettre

CONDITIONS DE REGLEMENTS

❑ LCR Directe à 30 jours fin de mois le 10 ❑ Chèque à 30 jours fin de mois ❑ Virement à 30 jours fin de mois

DOMICILIATION BANCAIRE

Banque (domiciliation) : .....

|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Code Banque Code agence N° compte Clé RIB

RIB OBLIGATOIRE pour toute demande d'ouverture de compte client

La première intervention est payable à la commande

Cachet obligatoire

Nom : .....

Fonction : .....

Date : ..... *Signature*

Adresse de retour par courrier

EVADYS – 9 rue Stanislas Baudry - 44116 VIEILLEVIGNE