



FICHE DE DEMANDE DE SERVICE

I - INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

NOM et Prénoms (ou Raison sociale) du client :

Êtes-vous déjà titulaire d'un ou de plusieurs abonnements ? Oui Non

Si oui, les citer : lignes en service : Lignes résiliées :

Lieu de travail :

Personne à contacter : Tél :

Souhaitez-vous voir vos abonnements regroupés sur une même facture ? Oui Non

Etes-vous locataire dans le local où vous désirez l'installation ? Oui non

TYPE DE DEMANDE

- Nouvelle installation transfert du Modification
 Résiliations Réinstallation Déplacement
 Dénomérotation Autres (préciser)

Veuillez préciser le nombre de lignes demandées pour les nouvelles installations :

TYPE DE SERVICE

- Téléphone Fax Téléphone-fax
 Télex Liaisons Spécialisées (nombre de fils) Transmission de données (accès-vitesse)
 Radioélectricité Minitel Vidéotex
 Autres (préciser)

MODE DE FACTURATION : Prépayé Post payé

TYPE DE CLIENT : Privé Semi-officiel Officiel

CATEGORIE DE LA LIGNE

Segment	Résidentielle	Bureau	Commerciale	Temporaire
Grand Public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grand Compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Télécentre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SERVICES SUPPLEMENTAIRES: (pouvant aussi être demandés après l'installation)

- Restriction locale sans accès aux cellulaires Restriction nationale sans accès aux cellulaires
 Restriction locale avec accès aux cellulaires Restriction nationale avec accès aux cellulaires
 Restriction locale sans accès à Télécel et Celtel Restriction nationale sans accès à Télécel et Celtel
 Restriction commandée Restriction à Celtel et Télécel
 Facturation détaillée Mémo Appel
 Appels malveillants Appels en instance Renvoi temporaire
 Identification de l'Appelant

II- INFORMATIONS TECHNIQUES

ADRESSE GÉOGRAPHIQUE DE L'INSTALLATION

Secteur..... Section..... Lot..... Parcelle..... Signal particulier

Ville Avenue Rue Porte N° Cité Appartement

III- INFORMATIONS DE FACTURATION

ADRESSE D'ENVOI DES FACTURES

.....Boîte postale Ville Code postal Bureau de Poste

S/C

Souhaitez-vous un prélèvement automatique de facture sur votre compte ? Oui Non

Si oui : institution financière - CCP- BANQUE N° de compte

Retraité : Oui Non (joindre décision de la mise en retraite)

IV - REFERENCES D'IDENTITE

CLIENT « PERSONNE PHYSIQUE »

Date de naissance(JJ/MM/AAAA)/...../..... Lieu de naissance

CIB (ou passeport) N° du...../...../..... lieu de délivrance Pays

Profession du client Employeur N° Tél

Etat matrimonial : (marié (e)) Divorcé (e) Célibataire) Veuf(Veuve) [*barrer la mention unitile*]

Nom du conjoint Profession

Le conjoint a déjà contracté un abonnement téléphonique ? Si Oui N° d'appel :

CLIENT « PERSONNE MORALE » (*Bureau ou Société, entreprise, association, etc*) :

- Joindre acte constitutif de la société, entreprise ou association.
- Joindre copie du registre de commerce pour les abonnements à usage commercial.

Nom et références de CIB/ passeport de la personne engageant la Société, Ets ou Association :

N° de contact

NB :

- Lors du dépôt de la demande, joindre obligatoirement une photocopie des pièces d'identité (CIB ou Passeport).
- Pour les étrangers, la pièce d'identité demandée est le **pasport**.

Fait à, le/...../.....

Signature du client