

# PROPOSITION D'ABONNEMENT

Agent : .....

Nouveau contrat

Modification de contrat

N° d'abonné : .....



## PARKING

### SALPETRIÈRE ITALIE

114 BD DE L'HÔPITAL 75013 PARIS

## ABONNEMENTS

Choisir le type d'abonnement et la  
périodicité de paiement

ENGAGEMENT 12 MOIS  
TARIFS TTC

### AUTO Placement libre (niveaux -2A à -4B)

- Mensuel 138,60 €
- Trimestriel 376,95 €
- Annuel 1 455,30 €

### ABONNEMENT MOTO

- Mensuel 76,65 €

Quantité souhaitée : .....

Date de début du contrat : 01/...../.....

## PIECES NECESSAIRES

### POUR TOUTE DEMANDE D'ABONNEMENT :

- Un copie de l'attestation d'assurance du (des) véhicule(s) utilisant le produit(s)
- Une copie du Relevé d'Identité Bancaire ou postal et l'autorisation de prélèvement à signer lors de la souscription
- Le questionnaire de demande d'abonnement complété

### POUR LES ENTREPRISES (EN PLUS)

- Un extrait K-BIS de moins de 3 mois
- Un tampon société

Madame, Monsieur, Raison sociale, ci-après désigné l'Abonné :

Nom : .....Prénom : .....

Raison sociale : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone principal : .....

Portable : .....

E-mail : .....@.....

1<sup>ère</sup> facture payable à la souscription, échéances suivantes réglées par :

- Prélèvement automatique

(La carte ne sera active qu'au paiement de la 1<sup>ère</sup> facture)

Utilisateur du contrat :

(Pour tout utilisateur, merci de joindre l'attestation d'assurance du véhicule utilisé)

- L'utilisateur est l'Abonné
- L'utilisateur n'est pas l'Abonné

NOM	PRENOM	IMMATRICULATION

Fait à ....., le .....

L'Abonné

(Nom, Prénom du signataire

Mention « lu et approuvé »

Cachet commercial)

Interparking France

(Signature et cachet commercial)

contact-france@interparking.com

 N°Cristal 09 70 140 111

APPEL NON SURTAXE