

PROPOSITION D'ABONNEMENT

Agent :

Nouveau contrat

Modification de contrat

N° d'abonné :



PARKING

HÔPITAL SAINT JOSEPH

185 RUE RAYMOND LOSSERAND
75014 PARIS

ABONNEMENTS

Choisir le type d'abonnement et la
périodicité de paiement

ENGAGEMENT 12 MOIS
TARIFS TTC

AUTO Placement libre

- Mensuel (prélevé) 90,00 €
- Trimestriel 270,00 €
- Annuel 900,00 €

ABONNEMENT Moto

- Mensuel 45,00 €
- Annuel 450,00 €

Quantité souhaitée :

Date de début du contrat :

01/...../.....

PIECES NECESSAIRES

POUR TOUTE DEMANDE D'ABONNEMENT :

- La pièce d'identité du signataire
- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Un Relevé d'Identité Bancaire ou postal
- La carte grise du véhicule
- Le questionnaire de demande d'abonnement complété

POUR LES ENTREPRISES (EN PLUS)

- Un extrait K-BIS de moins de 3 mois
- Un tampon cachet de l'entreprise
- Pouvoir du signataire

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

Nom : Prénom :

Raison sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone principal :

Portable :

E-mail :@.....

1^{ère} facture payable à la souscription, échéances suivantes réglées par :

- Prélèvement automatique

(La carte ne sera active qu'au paiement de la 1^{ère} 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

 09 70 140 111