

Bordereau d'inscription 2017

Tél: 04 27 11 83 96 / Fax: 04 27 11 83 98

Pour créer et mettre en ligne rapidement votre site internet, 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.

Différentes offres Pharminfo.fr vous sont proposées :
□ ECOWEB (14,90 € x 12 = 178,80 € H.T) : présentation de votre officine sur le web, services rémunérés.
□ FLEXIWEB ⊕ (59,90€ x 12 = 718,80 € H.T): options ecoweb + gestion des produits + accès à la réservation d'ordonnance - Frais de mise en ligne 200€ HT.
$\label{eq:optiweb} \ \ \square \ \ \text{OPTIWEB} (94,\!90 \\ \in \times 12 \\ = 1138,\!80 \\ \in \text{H.T.}) : options \textit{flexiweb} \\ \oplus + \textit{solution complète avec vente en ligne - Frais de mise en ligne} 390 \\ \in H.T. \\ ^*$
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
- Merci de transmettre à votre établissement bancaire le mandat de prélévement ci-dessous dûment signé.
- 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 mon site pharminfo.fr et que j'accepte dans leur intégralité.
Raison sociale (société, capital) :
Raison sociale (société, capital) :
Raison sociale (société, capital) : Siren (obligatoire) : RCS (Ville) :
Raison sociale (société, capital) : Siren (obligatoire) : Nom et prénom du titulaire (en majuscules, obligatoire) :
Raison sociale (société, capital) : Siren (obligatoire) : Nom et prénom du titulaire (en majuscules, obligatoire) : Mail de la pharmacie (obligatoire) :
Raison sociale (société, capital): Siren (obligatoire):

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès de la société KOZEA à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 1er avril 1980 de la Commission Informatiques et Libertés.

Groupement:

Nom et adresse de l'établissement bancaire :

Autorisation de prélèvement automatique	N° Identifiant Créancier SEPA (ICS) FR36ZZZ552941
Sur compte bancaire, CCP ou Caisse d'Épargne	
J'autorise l'établissement teneur de mon compte à régler directement le montant de mes factures KOZEA. Tout impayé entraînera des frais de recouvrement forfaitaires, conformément à l'article 121-II de la loi n°2012-387 du 22 mars 2012. Ceux-ci sont fixés à 40€ par le décret n°2012-1115 du 2 octobre 2012.	
Cachet de la pharmacie	Nom et adresse de KOZEA
	KOZEA SARL 107 Boulevard de Stalingrad 69100 Villeurbanne

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

Date:

Signature:

^{*} Ce prix inclut l'abonnement du TPE virtuel. Commission de paiement 0.9% du panier HT.