BULLETIN D'ABONNEMENT

☐Mme ☐Mlle ☐M.

NOM :

Prénom :

Profession :

Adresse :

CP : Ville :

Email :

Téléphone : Mobile :

Je souhaite souscrire un abonnement au Service KINEXER6® pour un cabinet avec :

- ☐ 1 praticien à 14,95€/mois
- ☐ 2 praticiens à 21,00€/mois
- ☐ 3 praticiens à 24,00€/mois
- ☐ 4 praticiens à 28,00€/mois
- ☐ 5 praticiens à 30,00€/mois
- ☐ 6 praticiens à 33,00€/mois
- ☐ 7 praticiens à 37,00€/mois
- ☐ 8 praticiens à 40,00€/mois
- ☐ autres : nous consulter

par ☐Carte Bancaire ☐Prélèvement SEPA

NB : Pour les cabinets de groupe, préciser dans le mail ou sur une feuille libre les NOM, Prénom et adresse mail de chaque praticien.

Je note que cet abonnement est conclu sans engagement de durée et qu'il est reconduit tacitement par périodes successives mensuelles. J'autorise HEXA Distribution à prélever cette (ces) somme(s) sur la Carte Bancaire ou le compte mentionné sur le formulaire de paiement ci-contre.

A .....

Le ..... / ..... / .....

Signature

0987 88 88 06 www.kinexer6.fr

SASU HEXA Distribution – RCS NIMES 819 253 139

REGLEMENT PAR CARTE BANCAIRE ☐CB ☐Visa ☐Visa Electron ☐MasterCard

Titulaire :

N° de carte _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Exp. _ _ / _ _ Crypto _ _ _

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique de Mandat

Zone réservée à HEXA Distribution

SASU HEXA Distribution

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.
Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé et contesté,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Créancier :

ICS : FR53ZZZ80F912
SASU HEXA Distribution
6 lot. Le Cros de Nadal
30670 AIGUES-VIVES
FRANCE

Débiteur :

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CP : ..... VILLE : .....

Fait à .....
le ..... / ..... /.....
Signature :

IBAN

BIC

☒Paiement récurrent/répétitif
☐Paiement ponctuel/unique

Accrocher votre RIB/IBAN ici et scanner la page

A RETOURNER (paiement par CB uniquement par téléphone ou remise en main propre):

- par mail à : abo@kinexer6.fr
- par courrier à : HEXA Distribution - Abo Kinerxer6 - 6 lot. Le Cros de Nadal - 30670 AIGUES-VIVES