

N° client : _____
N° Compte : _____

Informations Client		
N° d'appel :	_____	
Nom / Prénom :	_____	
Adresse actuelle		
N° / rue :	_____	
Code postal / Ville :	_____	
Nouvelle adresse		
N° / rue :	_____	
Code postal / Ville :	_____	
<input type="checkbox"/> L'adresse de facturation ne doit pas être modifiée <input type="checkbox"/> L'adresse de facturation de tous les comptes doit être modifiée (Financial Account*) <input type="checkbox"/> L'adresse de facturation des comptes suivant doit être modifiée (Financial Account*)		
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
(*) Vous disposez d'autant de Comptes ou Financial Account que de factures, la référence de ce compte est notée sur chaque facture.		

A défaut d'indication contraire, la modification sera appliquée à toutes les adresses client, notamment l'adresse de facturation.

En cas d'acceptation d'une demande de mise en œuvre d'un service ou d'une modification au contrat conformément aux conditions de celui-ci, la demande sera traitée à réception du présent document sous réserve d'un préavis minimum d'une durée de 14 jours. POST Telecom S.A. ne pourra être tenue responsable des retards pris dans la modification ou dans l'ouverture d'un service qui seraient imputables à des renseignements incomplets ou incorrects.

Fait en autant d'exemplaires que de parties à _____ le _____

Le client : Signature _____ Cachet de l'entreprise : _____

Signature / Cachet revendeur	
Revendeur /	_____
Commercial :	_____