

Formulaire à compléter (prix en TTC), en gardant un double pour vous, joindre les pièces suivantes:
Relevé d'Identité Bancaire + justificatif de domicile et copie de carte d'identité + chèque de votre 1^{ère} mensualité
 (ex: abo.+ext.garantie) à l'ordre de Xilan, et retourner l'ensemble à: **XiLAN - 4, rue Molière- 59000 Lille -**
Pour toutes précisions contactez-nous au: 09 8008 24 90 du lundi au vendredi de 9H à 19H
ou sur l'adresse contact@xilan.fr et Le samedi de 10H à 17H

Prix d'un appel local

Vos coordonnées :

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Code Postal: _____ Ville: _____

Tél fixe: _____ OU Tel fixe de votre +proche voisin (préciser n°de rue): _____

Tel mobile: _____ E.mail: _____

ABONNEMENT INTERNET haut débit illimité (12 mois minimum)

IN1 **19,97€** /mois: **offre Découverte** (jusqu'à 1 Mb/s)

IN2 **26,98€** /mois: **offre Evolution** (jusqu'à 12 Mb/s)

offre Saisonnière 70€ + mensualités (abonnement choisi + location 5€) x nombre de mois

Système d'exploitation de votre

ordinateur ex: Windows XP, Vista, 7,8, MacOS

EQUIPEMENT DE RECEPTION SM (achat ou location)

ACQ **Achat 260€**

LOC **Location 5€** /mois + **caution 60€** remboursable en fin d'abonnement

INSTALLATION

Prise en charge par la Communauté de Communes

Parrain: _____

OPTIONS

MN **Contrat d'extension de Garantie 5€** /mois (pièces, main d'œuvre et déplacement)

RT **Routeur 52,50€ + 7,50€ de port** (routeur compatible TP-LINK, model TL-WR740N, Wifi)

Tel **Téléphonie** (nécessite un routeur): **veuillez m'envoyer le formulaire de souscription** (6,99€ /mois + adaptateur 50€)

*Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de ventes disponibles sur demande ou sur le site www.xilan.fr
 Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/78 (art27), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.
 Vous pouvez vous opposer à ce qu'elles soit communiquées à des tiers en adressant un courrier à Xilan.*

Bon pour commande, selon les éléments décrits dans ce formulaire

Fait à : _____ Le : _____ Signature : _____

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA Paiement récurrent mensuel

TITULAIRE DU COMPTE:

NOM: _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP et _____

Commune: _____

RUM: _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société XiLAN à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la société XiLAN. - 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.

CRÉANCIER: Xilan - siège social: 10 rue Obeuf 92190 Meudon – ICS: FR43ZZZ497816

NOM ET ADRESSE DE VOTRE BANQUE: _____

COMPTE À DÉBITER: (inscrire les codes IBAN et BIC)

----- Code Bic: _____

Date: _____

Signature (obligatoire): _____

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB OU RIP OU DE CAISSE D'ÉPARGNE