

Nom du Représentant indépendant :

Identifiant  
Equipe :

MERCI D'ECRIRE EN CAPITALES

## 1. VOS LIGNES

### 1A Lignes analogiques

Je désire bénéficier de la présélection ACN pour la ou les ligne(s) ci-dessous :

5.	<input type="checkbox"/>	8.	<input type="checkbox"/>	11.	<input type="checkbox"/>	14.	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	9.	<input type="checkbox"/>	12.	<input type="checkbox"/>	15.	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	10.	<input type="checkbox"/>	13.	<input type="checkbox"/>	16.	<input type="checkbox"/>

### 1B Lignes RNIS - accès isolé

Abonnement RNIS avec présélection  Présélection seule

Je désire bénéficier d'une connexion ACN pour la ou les ligne(s) RNIS ci-dessous. J'ai bien noté que la présélection, pour être valable, doit s'appliquer à TOUTES mes lignes RNIS sans exception.

N° de téléphone principal :		<input type="checkbox"/>	N° de téléphone principal :		<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	8.	<input type="checkbox"/>	5b.	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	9.	<input type="checkbox"/>	6b.	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	10.	<input type="checkbox"/>	7b.	<input type="checkbox"/>
				8b.	<input type="checkbox"/>
				9b.	<input type="checkbox"/>
				10b.	<input type="checkbox"/>

### 1C Lignes RNIS - groupement d'accès

N° de téléphone principal :

Bloc de numéros de

à

## 2. PARTICULIER / ENTREPRISE

### Vous êtes une entreprise

Raison sociale :

SIRET :

Mme  Mlle  M Personne à contacter :

### Vous êtes un particulier

Date of naissance : [JJ/MM/AAAA]

Mme  Mlle  M Prénom :

Nom :

### Adresse

Les coordonnées doivent correspondre à celles indiquées sur votre facture France Télécom.

N° :  Rue :

Complément d'adresse (Escalier, étage, etc.) :

Code postal :  Ville :

Adresse électronique :

N° de tél. où vous êtes joignable dans la journée :

## 3. MANDAT

Je, soussigné(e) donne mandat, via ACN, à VERIZON / Completel Telecom pour effectuer, en mon nom et pour mon compte, toutes les démarches nécessaires à la mise en oeuvre du service de présélection de ACN et le cas échéant du service d'abonnement téléphonique ACN auprès de France Telecom sur la ou les ligne(s) téléphonique(s) désignée(s). Je suis informé(e) que la mise en oeuvre du service de présélection de ACN entraîne la résiliation de tout service de présélection éventuellement pré-existant ou de toute option téléphonique sur la ou les ligne(s) concernée(s). Je déclare être titulaire de la ou des ligne(s) désignée(s) ou à défaut avoir obtenu l'autorisation du titulaire de la ou des ligne(s). Je déclare avoir pris connaissance et accepter les Conditions générales de souscription auxquelles est soumis le présent Contrat. Les Conditions générales de souscription sont jointes aux présentes et téléchargeables à partir du site [www.myacn.eu](http://www.myacn.eu). Je déclare avoir été informé des tarifs d'ACN par mon Représentant indépendant qui m'a remis la Liste des prix ACN et des Conditions particulières d'utilisation du service ACN, jointes au présent Contrat.

Cochez cette case si vous êtes Représentant indépendant ACN.

Lieu :

Date [JJ/MM/AAAA] :

Signature :

Ce formulaire constitue un addenda au Contrat de service téléphonique et ne peut en aucun cas être utilisé à une autre fin que celle-ci. Veuillez lire attentivement ce qui suit :

- Pour un traitement normal de votre demande, le nom et l'Id. Equipe du représentant doivent obligatoirement figurer sur ce formulaire.
- Le nom et l'adresse indiqués sur ce formulaire doivent obligatoirement et exactement correspondre au nom et à l'adresse indiqués sur le Contrat de service téléphonique.
- C'est l'option tarifaire sélectionnée par le client sur le Contrat de service téléphonique qui sera appliquée aux numéros de téléphone supplémentaires indiqués ici.
- Ce formulaire est soumis aux Conditions générales de souscription du Contrat de service téléphonique.
- Les demandes incomplètes de numéros supplémentaires ne pourront être traitées.
- Nous vous prions de bien vérifier les informations portées sur ce formulaire avant de le faire parvenir à ACN.

A retourner par courrier ou à faxer au

ACN Communications France SAS • Adresse du siège et adresse postale: 9/11, allée de l'Arche, Tour Egée, Paris La Défense, 92671 Courbovoie Cedex, France  
SAS au capital social de €37 000, RCS PARIS B 451 364 889 • Fax: 01 70 700 703 • Service Clients: 01 82 634 222 • [www.myacn.eu](http://www.myacn.eu)