

NOM DE LA SOCIETE :

FORME JURIDIQUE :

CAPTIAL SOCIAL :

Activités de l'entreprise :

FORFAIT choisi :

Date d'effet du contrat : / / 20....

 DIRIGEANTS :

NOM Prénom..... Fonction :

Adresse Personnelle :

.....

Portable :

Mail :

 ASSOCIES à + de 25% :

NOM Prénom..... Fonction :

Adresse Personnelle :

.....

 **JUSTIFICATIFS pour les créateurs :**

☐ 2 pièces d'identité du dirigeant inscrits au KBIS

☐ Justificatif de domicile du dirigeant

☐ 1 pièce d'identité des associés à + de 25%

☐ ATTESTATION documents comptables

☐ RIB Mandat Sepa

☐ PROJET DES STATUTS – STATUTS – ancien KBIS

 **JUSTIFICATIFS supplémentaires pour les transferts de siège :**

☐ KBIS ou fiche SIRENE

☐ LISTE DES BENEFICIAIRES EFFECTIFS



ATTESTATION DE NON CONSERVATION DES DOCUMENTS COMPTABLES ET FISCAUX

Le soussigné (Nom + Prénom) :

Agissant au nom de la société :

Domiciliée chez CALL ENTREPRISES au 100 Route de Nîmes – 30132 CAISSARGUES

-  Atteste que l'ensemble de ses documents administratifs, comptables et fiscaux ne sont pas conservés chez CALL ENTREPRISES au 100 Route de Nîmes – 30132 CAISSARGUES ;
-  Et s'engage, en cas de vérification par l'Administration fiscale et sociale, à remettre ces documents à leur disposition à l'adresse de domiciliation (au centre d'affaires CALL ENTREPRISES au 100 Route de NIMES à Caissargues)
-  Atteste que ses documents sont conservés à l'adresse suivante :

En cas de changement d'adresse du lieu de la conservation de ces documents, je déclare en informer immédiatement à CALL ENTREPRISES.

Fait à Nîmes, le

Signature du domicilié

Mandat de prélèvement SEPA Direct Debit - SDD

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE

Vous vous engagez avec l'entreprise suivante :

Nom

Adresse

Code Postal

Ville

ICS

REFERENCE DU MANDAT

Cette Référence Unique du Mandat est à conserver et à rappeler dans tous vos courriers.

Conditions générales d'utilisation de votre mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions devous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

*Veillez remplir tous les champs obligatoires *.*

IDENTIFICATION DU CLIENT

En ce qui vous concerne, nous avons besoin des éléments suivants :

Votre nom et Prénom

Nom*

Prénom*

Votre adresse

N° et Rue*

Code Postal*

Ville*

Vos coordonnées bancaires

BIC*

Le BIC est le Code International d'Identification de votre banque

IBAN*

Votre IBAN est le numéro d'identification internationale de votre compte

Type de paiement

Récurrent

Ponctuel

Votre signature

Date*

Ville*

Date de signature de votre mandat

Lieu de signature de votre mandat

*Votre signature validant votre autorisation**

REFERENCE DU CONTRAT

N° d'identification du contrat

Description du contrat

Mention légale

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'accès, de portabilité, d'opposition, rectification et d'effacement prévus par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.