

PARRAINAGE (À REMPLIR PAR LE PARRAIN)

SOCIÉTÉ* _____
 NOM/PRÉNOM DU CONTACT* _____
 N° IDENTIFIANT BANQUE EN LIGNE* _____
 • 10 000 F CFP offerts sur mon compte AMERICAN EXPRESS pour chaque parrainage d'un contrat AMERICAN EXPRESS. (1)
 • 15 000 F CFP offerts sur mon compte AMERICAN EXPRESS pour chaque parrainage d'un CONTRAT AMERICAN EXPRESS et JCB. (1)

SÉLECTION DE(S) CONTRAT(S) QUE VOUS SOUHAITEZ AVOIR

AMERICAN EXPRESS : CONTRAT PROXIMITÉ CONTRAT INTERNET (Cochez la case si vous souhaitez également bénéficier d'un contrat internet)
 JAPAN CREDIT BUREAU : CONTRAT PROXIMITÉ CONTRAT VAD (Cochez la case si vous souhaitez également bénéficier d'un contrat VAD)

CONDITIONS COMMERCIALES (PARTIE RÉSERVÉE À OFINA)

AMERICAN EXPRESS N° DE CONTRAT DE PROXIMITÉ _____ N° CLIENT PROXIMITÉ _____
 N° DE CONTRAT INTERNET _____ N° CLIENT INTERNET _____
 JAPAN CREDIT BUREAU N° DE CONTRAT DE PROXIMITÉ _____ N° CLIENT _____
 N° DE CONTRAT VAD _____
 TAUX % _____ N° MCC _____ CODE INDUSTRIE _____ MOD _____ LIMITE D'AUTORISATION (FCFP) _____
 REPRÉSENTANT COMMERCIAL _____ CODE PAYS _____

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ÉTABLISSEMENT

RAISON SOCIALE* _____
 FORME D'ACTIVITÉ* : SA SARL SNC ASSOCIATION NOM PROPRE AUTRE _____
 RCS N°* _____ N° RIDET* _____
 DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ* _____
 SI AFFILIÉ, NOM DE LA CHAÎNE _____
 ADRESSE POSTALE* _____
 CODE POSTAL* _____ VILLE* _____ PAYS* _____
 N° TÉLÉPHONE* (| 6 | 8 | 7 |) _____ N° FAX* (| 6 | 8 | 7 |) _____
 NOM DE L'ENSEIGNE* _____
 ADRESSE GÉOGRAPHIQUE* _____
 VILLE* _____ PAYS* _____
 N° TÉLÉPHONE ENSEIGNE* (| 6 | 8 | 7 |) _____
 SITE INTERNET www. _____
 NOM/PRÉNOM DU CONTACT* (SI DIFFÉRENT DU SIGNATAIRE) _____
 M. MME MLLE FONCTION* _____
 LIGNE DIRECTE* (| 6 | 8 | 7 |) _____ N° PORTABLE* (| 6 | 8 | 7 |) _____
 EMAIL* _____

INFORMATIONS SUR LES PAIEMENTS

PAIEMENTS PAR VIREMENT SUR LE COMPTE CI-DESSOUS :
 BÉNÉFICIAIRE DU PAIEMENT* _____
 NOM DE LA BANQUE* _____
 RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE* CODE BANQUE _____ CODE GUICHET _____ N° COMPTE _____ CLÉ RIB _____

INFORMATIONS SUR LE(S) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)

NOM/PRÉNOM* _____
 M. MME MLLE FONCTION* _____
 DATE DE NAISSANCE* _____ LIEU DE NAISSANCE _____ PIÈCE D'IDENTITÉ N°* _____
 (JJ/MM/AAAA) (Carte d'identité ou Passeport en cours de validité)
 ADRESSE PERSONNELLE* _____
 CODE POSTAL* _____ VILLE* _____ PAYS* _____
 N° TÉL* (| 6 | 8 | 7 |) _____ N° DE PORTABLE* (| 6 | 8 | 7 |) _____ E-MAIL _____
 NOM/PRÉNOM 2° REPRÉSENTANT LÉGAL _____
 M. MME MLLE FONCTION* _____
 DATE DE NAISSANCE* _____ LIEU DE NAISSANCE _____ PIÈCE D'IDENTITÉ N°* _____
 (JJ/MM/AAAA) (Carte d'identité ou Passeport en cours de validité)
 ADRESSE PERSONNELLE* _____
 CODE POSTAL* _____ VILLE* _____ PAYS* _____
 N° TÉL* (| 6 | 8 | 7 |) _____ N° DE PORTABLE* (| 6 | 8 | 7 |) _____ E-MAIL _____

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

PIÈCE D'IDENTITÉ (Recto/Verso) JUSTIFICATIF DE DOMICILE DU REPRÉSENTANT LÉGAL JUSTIFICATIF DES POUVOIRS DU REPRÉSENTANT LÉGAL
 ATTESTATION ISEE STATUTS RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB) EXTRAIT DE KBIS

SIGNATURE(S)

En tant que représentant légal de l'établissement, je certifie que les informations communiquées ci-dessus sont exactes. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'affiliation American Express® et/ou Japan Credit Bureau en Nouvelle-Calédonie qui m'ont été remises et déclare les avoir approuvées sans réserve. Je m'engage à m'y conformer et autorise OFINA à récolter les informations nécessaires à la mise en place de ce contrat.

"Lu et approuvé", date et signature

Seconde signature (si nécessaire)

SERVICE CLIENTÈLE

SERVICE CLIENTÈLE : (687) 463 900 ASSISTANCE TECHNIQUE (TPE) : (687) 46 33 33 E-MAIL : commercant@ofina.nc