



## Modifier les données Client d'un abonnement Isabel 6

Document à renvoyer dûment complété et signé à [customercare@isabel.eu](mailto:customercare@isabel.eu)

ID abonnement Isabel 6 : 5 -

Numéro d'entreprise ou de TVA\* : .....

*\*Veuillez ajouter une copie du recto de la carte d'identité du/des signataire(s) en cas de modification du numéro d'entreprise ou de TVA.*

### Nouvelles données du Client

Nom de la société et forme juridique : .....

Représentée par : .....

Fonction : .....

Nouveau numéro d'entreprise ou de TVA\* : .....

*\*Si votre numéro d'entreprise ou de TVA change, veuillez noter que l'historique de vos données dans les applications en ligne du gouvernement belge sera perdu.*

Registre TVA :            Assujetti à la TVA            Non assujetti à la TVA

Rue/numéro/BP : .....

Code postal et ville/pays : .....

Bâtiment/lieu-dit/étage : .....

Personne de contact pour Isabel 6 :

Nom et fonction : .....

Langue :            Français            Néerlandais            Anglais

Numéro de téléphone : .....

E-mail : .....

Vour préférez recevoir les factures via :

Zoomit                            E-mail\*                            Courrier (3,6€/facture)

Personne de contact pour la facturation : .....

\* E-mail : .....

Numéro de téléphone : .....

Langue :            Français            Néerlandais            Anglais

Établi à .....(ville) le .....(date)

Signature d'une personne légalement autorisée :

Nom :

Fonction :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez :

1. Le créancier avec numéro d'identification BE55ZZZ0455530509 (à savoir Isabel SA) à donner instruction à la banque référencée ci-dessous ("votre banque") de débiter un montant du compte mentionné ci-dessous ("votre compte") et,
2. Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier portant le numéro d'identification BE55ZZZ0455530509.

Vous bénéficiez du droit de demander à votre banque le remboursement des montants déduits de votre compte sur base d'une domiciliation européenne aux conditions définies dans la convention que vous avez conclu avec elle à ce sujet. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les huit (8) semaines suivant la date à laquelle le montant a été débité de votre compte.

## À remplir par le Client

Pour un encaissement :  Récurrent  Unique

Nom du débiteur : .....

Rue/ numéro/BP : .....

Code postal/ ville/ pays : .....

Numéro de TVA : .....

Numéro de compte IBAN : .....

Code BIC : .....

Isabel 6 user ID : 5 - - -

## Important

- Pré-notification SDD : Vous serez informé par Isabel SA de la survenance de débits liés au présent mandat dix jours à l'avance, via les factures que cette dernière vous adressera.
- Votre abonnement Isabel 6 ne prendra pas cours avant que le présent mandat, dûment rempli et signé, ait été réceptionné par Isabel.

## À remplir par Isabel SA

Référence mandat : .....

Numéro du contrat sous-jacent conclu .....  
(entre le créancier et le débiteur)

Établi à ..... (ville) le ..... (date)

Signature d'une personne légalement autorisée :

Nom :

Fonction :