# Demande d'Abonnement Multibanking

Document à renvoyer dûment complété et signé à customercare@isabel.eu avec une copie du recto de la carte d'identité du **représentant légal de la société**

## Le Client est une personne physique

Nom et Prénom :

.....

☐ Homme ☐ Femme

Fonction :

.....

*(ci-après dénommé(e) le "Client")*

## Le Client est une personne morale

Nom de la société et forme juridique :

.....

Représentée par :

.....

Fonction :

.....

*(ci-après dénommé(e) le "Client")*

Numéro unique d'enregistrement de la société (UEN) : .....

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

Siège social (ou adresse, en cas de personne physique) :

Rue/numéro/BP : .....

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

Bâtiment/lieu-dit/étage : .....

## Personne de contact

Nom et fonction : .....

Langue : ☐ Français ☐ Néerlandais ☐ Anglais

Numéro de téléphone : .....

E-mail : .....

## Facturation

Numéro de compte à débiter (Code IBAN): .....

Adresse : à remplir uniquement si l'adresse de facturation est différente du siège social/de l'adresse du Client repris ci-dessus.

Rue/numéro/BP : .....

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

Bâtiment/lieu-dit/étage : .....

Vour préférez recevoir les factures via :

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

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

*E-mail : .....

Numéro de téléphone : .....

Langue : ☐ Français ☐ Néerlandais ☐ Anglais

## Ajouter des Utilisateurs

Veuillez remplir un formulaire “Ajouter un Utilisateur” par Utilisateur devant être ajouté à un abonnement Multibanking.

## Mentions légales

Multibanking est commercialisé par Isabel SA, dont le siège social est établi B-1000 Bruxelles, 13-15 Bd de l'Impératrice, RPR Bruxelles BE 0455.530.509, ci-après dénommée "Isabel".

En signant la présente Demande d’Abonnement, le Client confirme :

1. Soumettre une demande d’abonnement lui permettant de bénéficier du produit Multibanking pour une période d’au moins un (1) an dans le cadre de ses activités professionnelles et s’engager à n’utiliser Multibanking qu’à des fins exclusivement professionnelles.

2. Avoir reçu (via la banque qui enregistre la Demande d’Abonnement et/ou www.isabel.eu), lu et accepté les documents suivants, repris par ordre de priorité :

   - La présente Demande d’Abonnement ;
   - Le formulaire « Ajouter un Utilisateur à un abonnement Multibanking » ;
   - Politique du Certificat Isabel ;
   - Les Conditions Particulières relatives à Multibanking ;
   - Les Conditions Générales relatives aux Produits Isabel ;
   - La Carte des Tarifs “Mutlibanking – Client”.

3. Être informé qu'avant de pouvoir bénéficier du produit Multibanking, il devra :

   - avoir complété i) la Présente Demande d’Abonnement et ii) le formulaire « Ajouter un Utilisateur à un abonnement Multibanking » pour chaque Utilisateur et avoir remis ces documents dûment signés par une personne légalement autorisée à cette fin à Isabel SA ;
   - avoir complété le mandat de domiciliation européenne qui lui sera adressé par Isabel SA et l’avoir renvoyé signé par une personne légalement autorisée à cette fin à Isabel SA.

Fait le : .....

Signature d’une personne légalement autorisée :

Signé par : .....

# Ajouter un utilisateur à un abonnement Multibanking

Document à renvoyer dûment complété et signé à customercare@isabel.eu

## Données du Client

Nom de la société : .....

ID abonnement Multibanking : 5 - ☐☐☐☐☐☐☐

Numéro d'entreprise ou de TVA : .....

## Données de l'utilisateur (en majuscules)

Type de carte : ☐ Carte nominative ☐ Carte de fonction

La différence entre une carte nominative et une carte de fonction est que le nom imprimé sur cette dernière ne correspond pas à une personne, mais à un département ou un service, comme par exemple « Comptabilité ». Veuillez noter qu'il n'est pas possible de signer avec ce type de carte.

Nom et prénom : .....

Fonction ou nom du département (apparaîtra sur la carte de fonction) : .....

Numéro de carte d'identité : ..... Date de naissance : .....

Langue : ☐ Français ☐ Néerlandais ☐ Anglais

L'utilisateur a une eID belge ou une carte E(+) et connait son code PIN* :

☐ Oui (Activation de la SmartCard avec eID ou carte E(+) > Livraison : 3 à 5 jours ouvrables)

☐ Non (Activation de la SmartCard avec PIN temporaire > Livraison : 5 à 7 jours ouvrables)

Un lecteur de carte à puce Isabel gratuit sera envoyé à votre adresse de livraison.

## Adresse de livraison et coordonnées de l'utilisateur (en majuscules)

Rue/numéro/BP : .....

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

Bâtiment/lieu-dit/étage : .....

Numéro de téléphone : .....

E-mail : .....

Veuillez signer ce document et le renvoyer **avec une copie du recto de la carte d'identité de l'utilisateur** à customercare@isabel.eu.

Fait le : .....

Signature d'une personne légalement autorisée :

Signé par : .....

Cette signature numérique doit être qualifiée sur la base d'un certificat qualifié. Par exemple: signature avec un eID belge.

*(*) - Veuillez noter que l'activation avec eID est possible uniquement pour les détenteurs d'une eID belge ou d'une carte E(+). Si vous n'êtes pas en possession d'une eID belge ou d'une carte E(+), l'activation de votre SmartCard Isabel se fera avec un code PIN temporaire qui vous sera envoyé par courrier. Si vous ne connaissez pas le code PIN de votre carte d'identité, vous pouvez également prendre contact avec votre administration communale afin d'obtenir un nouveau code.*
*- Veuillez noter que le délai de livraison indiqué correspond au délai de livraison standard pour la Belgique. Pour les livraisons à l'étranger, le délai peut varier.*

# Mandat de domiciliation européenne SEPA - CORE

## Details du mandat

| | |
|---|---|
| Référence mandat* | ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ |
| Type | ☑ Paiement recurrent |
| | ☐ Paiement unique |

** champs à compléter par Isabel SA.*

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez:

1. le créancier portant le 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 êtes habilité à 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 conclue 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.

| | |
|---|---|
| Nom du débiteur | ..... |
| Numéro d'entreprise ou de TVA | ..... |
| ID abonnement Multibanking: | 5 - ☐☐☐☐☐☐☐ |
| Adresse | ..... |
| | ..... |
| | ..... |
| IBAN | ..... |
| BIC | ..... |
| Numéro du contrat sous-jacent conclu entre le créancier et le débiteur* | ☐☐☐☐☐☐ |

** champs à compléter par Isabel SA.*

**Important**

**Pré-notification SDD : Isabel SA vous informera de la survenance de débits liés au présent mandat dix jours à l'avance, via les factures qu'elle vous adressera.**

Fait le: .....

Signé par: .....