

MANDAT DE PORTABILITE

Coordonnées du site filiale

Raison sociale * : _____
 Représenté par : _____ Fonction : _____
 Téléphone : _____ Mob : _____ Mail : _____
 Adresse * : _____
 Code postal * : _____ Ville * : _____ Numéro de Siret * : _____

*Champ obligatoire

Indiquez ci-dessous le(s)

Numéro(s) à porter :

Numéro(s) isolé(s) :

| | | |
|--|---|--|
| | à | |
| | à | |
| | à | |
| | à | |
| | à | |
| | à | |
| | à | |
| | à | |
| | à | |
| | à | |
| | à | |

Tête + SDA

Je soussigné (e), titulaire du contrat désigné par le ou les numéros ci-dessus, déclare de bonne foi

1. demander la résiliation du(es) contrat(s) désigné par le ou les numéros (s) ci-dessous par site et la mise en œuvre de la portabilité du (ou des) numéros utilisés au titre dudit(desdits) contrat(s)
2. choisir l'opérateur de boucle locale ALPHALINK, aux lieu et place de mon ancien opérateur et, à ce titre, avoir pleinement connaissance des conséquences de la résiliation de mon (mes) précédent(s) contrat(s) avec mon ancien opérateur, à savoir la rupture du lien contractuel avec celui-ci et le fait que la fourniture de l'accès (des accès) téléphonique(s) reste à la charge exclusive de ALPHALINK.
3. avoir donné mandat à ALPHALINK, pour effectuer, en mon nom et pour mon compte, toutes les démarches nécessaires auprès de mon ancien opérateur de boucle locale, afin de procéder à la résiliation de mon (mes) accès téléphonique(s) auprès de mon ancien opérateur et de mettre en œuvre la portabilité des numéros susvisés.
4. être informé que dans l'hypothèse où la portabilité n'est pas mise en œuvre, je demeure client de mon ancien opérateur et demeure donc redevable de l'ensemble des mes obligations envers mon ancien opérateur au titre des liens contractuels avec celui-ci.
5. m'engager à adresser à ALPHALINK toute demande ou réclamation concernant l'exécution du présent mandat.

Fait à : _____ Le : _____ Nom du signataire : _____

Signature et tampon