

Formulaire de demande d'intégration de nouveaux  
points de livraison électricité

**alt'expert<sup>®</sup>élec**



#### Titulaire du contrat (Client)

Société : « **nom payeur + forme sociale** »

Adresse : « **adresse siège social** »

N° SIRET : « **n° SIRET** »

Code NAF : « **code NAF titulaire** »

Signataire : « **Nom signataire** »

Interlocuteur technique :

Nom : « **Nom IT** »

Tél : « **Tél IT** »

Mail : « **Mail IT** »

#### Identification du fournisseur

Société : **Alterna**  
**Société par Actions Simplifiée**

Adresse : **75 Boulevard Haussmann**  
**75 008 PARIS**

N° SIRET : **483 339 156**

Mail : **adv@alterna-energie.fr**

Tél : **0810 505 505**

Fax : **05 49 89 34 19**

Et

## Objet du contrat

Acheminement et fourniture d'électricité, ainsi que les services associés.

⇒ Numéro de dossier (disponible sur vos factures) :

⇒ Numéro de contrat :

## Prestations ordonnées

Intégration des nouveaux Points de Livraison (PDL) désignés ci-dessous, conformément aux dispositions des documents constitutifs du contrat cadre.

Modifications	Contrat N°	Contrat N°	Contrat N°
<b>SITE</b>			
Référence Acheminement du Point de livraison concerné			
Date de début de fourniture envisagée (après Consuel)			
Nom du site			
Adresse du site			
Libellé de l'adresse du site			
N° SIRET du site (si différent du titulaire)			
Volume de consommation prévisionnelle* (en MWh)			
Segment (C1, C2, C3 ou C4)			
Puissances souscrites actuelles			
Versions actuelles			
Puissances à souscrire**			
Version demandée			
<b>FACTURATION</b>			
Nom du payeur			

Adresse de Facturation			
Champ personnalisé 1****			
Champ personnalisé 2			
Champ personnalisé 3			
N° SIRET du payeur (si différent du titulaire)			
Interlocuteur Facturation			
Coordonnées Interlocuteur Facturation			
Type de Paiement*** (virement, mandat, prélèvement)			
Délais de paiement 15 ou 30 jours			
<b>Technique</b>			
Interlocuteur Technique			
Coordonnées interlocuteur Technique			

\*Joindre un feuillet de gestion ou une estimation des consommations mois par mois Heures Pleines/Heures Creuses.

\*\*sous réserve d'acceptation et des délais du gestionnaire de réseau conformément à leur catalogue de prestations (disponible sur leur site internet)

\*\*\* merci de joindre un RIB et de remplir le SEPA en pièce jointe (ou convention tripartite si le payeur est la trésorerie).

\*\*\*\*toute référence interne que vous souhaitez voir intégrée dans la facture (ex. : code budget pour les conventions tripartites)

- Les critères de regroupement pour la facturation.

Autres précisions (à renseigner le cas échéant)



### Signature du titulaire de contrat

Pour le Client : .....

*Cachet, et signature obligatoires*

Fait à : .....

Le .....



### Accusé de réception de l'ordre de service par Alterna

Reçu le présent ordre de service le : .....

Observations éventuelles (à renseigner le cas échéant)

Pour Alterna : Julien DELAGRANDE

Fait à Poitiers,

Le 17 novembre 2020

**ALTERNA SAS**  
75 Boulevard Haussmann  
~~75008 PARIS~~  
SAS au capital de 514 201,37 €  
N° TVA Intracommunautaire FR 79 483 339 156

### Mandat de prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat Cadre réservé à ALTERNA



#### JE DEMANDE LE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

N° National d'émetteur

503139

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ALTERNA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'ALTERNA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Veuillez compléter les champs marqués \*

#### NOM, PRÉNOM, ADRESSE et PAYS DU DÉBITEUR

\* .....  
\* .....  
\* .....

#### NOM, ADRESSE DU CRÉANCIER

**ALTERNA**  
75, Boulevard Haussmann, 75008 PARIS  
Identifiant Créancier SEPA : **FR76ZZZ503139**

#### VOTRE RÉFÉRENCE CONTRAT

\* .....

#### TYPE DE PAIEMENT

\* Paiement récurrent / répétitif  Paiement ponctuel

#### LES COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE BANCAIRE

\* .....  
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

\* Signé à : .....  
Lieu Jour Mois Année

\* .....  
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

\*Signature :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Para