

6. Services associés

Votre contrat inclut les services suivants sans surcoût :

- Accueil physique du lundi de 13h30 à 16h, et du mardi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 16h
- Accueil téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h30 au **04 92 21 51 57**
- Un interlocuteur disponible à l'adresse : contact@edsb-lagence.fr
- Service Espace Client 24h/24 en ligne sur l'espace personnalisé du site www.edsb-lagence.fr
- Alerte mensuelle sur facturation en cas d'écarts significatifs
- Bilan annuel
- Demandes diverses auprès du GRD (sauf en cas de panne) dont la prestation de changement de fournisseur

Le Client peut accéder à l'aide-mémoire du consommateur d'énergie qui recense les droits dans le cadre des contrats de fourniture d'énergie sur le site : <https://www.economie.gouv.fr/dgcr/Consommation/faq-sur-ouverture-des-marches-electricite-et-gaz-naturel>

7. Acceptation Client

Le Client atteste choisir EDSB l'agence comme fournisseur d'électricité. Le client déclare que son Contrat auprès de son ancien Fournisseur aura pris fin à la date d'effet du présent contrat. Le cas échéant, le Client autorise EDSB l'agence à faire toutes les démarches auprès du GRD pour effectuer le changement de Fournisseur. Le Client donne mandat à EDSB l'agence pour obtenir auprès du GRD les informations de mesures de consommation passées et à venir du(es) Point(s) de Livraison concerné(s) par ce contrat. Le client reconnaît avoir pris connaissance des CGV et les accepte. Le Client reconnaît avoir pris connaissance de l'annexe des CGV précitées, relative à l'accès et à l'utilisation du Réseau, mise à disposition sur le site Internet www.edsb-lagence.fr et les accepte. Les présentes conditions particulières se substituent en tant que de besoin aux accords antérieurs et prévalent sur les conditions générales en cas de contradiction avec celles-ci.

Fait en un exemplaire, à Quefigny, le 22/06/2021

NOM, Prénom du titulaire + signature : B. BOGIRAUD Michel

Ou NOM Prénom du Mandataire + qualité + signature :

☐ En cochant cette case le Mandataire atteste disposer d'un mandat signé par le Client et le tenir à disposition d'EDSB l'agence à sa demande

Cette offre doit être signée et dûment complétée par une personne habilitée.
Les pièces à joindre : Kbis + relevé d'identité bancaire + copie CNI

8. Mandat de prélèvement SEPA

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM :

En signant ce formulaire vous autorisez, EDSB l'agence à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'EDSB l'agence.
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.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA
FR69ZZZ807554

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

CRÉANCIER

EDSB l'agence

Place Médecin Général Blanchard – BP 6
05105 BRIANÇON CEDEX

DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER (RIB correspondant à joindre OBLIGATOIREMENT)

IBAN :

BIC :

Type de paiement :

- ☒ Paiement récurrent/répétitif (chaque facture ou mensuel)
☐ Paiement ponctuel (une seule facture)

Fait à : Quefigny Signature
22/06/2021
Le :

M. BOGIRAUD

Réf. PDL : 30001220765472

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.