



## DEMANDE DE REFERENCEMENT

*L'Assurance "all-inclusive" - Etre protégé, partout, tout le temps.*

**VOTRE CODE CLIENT : C 0** \_ \_ \_ \_ \_ (C'est votre login d'accès au site Extenso Telecom)

RAISON SOCIALE : \_\_\_\_\_

Nom du gérant : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_ \_ \_ \_ \_ VILLE : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

N° TVA INTRACOMMUNAUTAIRE : FR \_\_\_\_\_

**VOTRE MAIL :** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Important :** Cette adresse mail sera utilisée pour **tous les échanges** relatifs à L'Assurance

Document à faxer au **04.78.64.56.50**

Pour faciliter votre codification, merci de remplir le formulaire **très lisiblement.**

**Extenso Telecom** vous adressera **par mail** votre **login** et **mot de passe** ainsi que **l'adresse Extranet** pour vos souscriptions à L'Assurance.

Date : / /  
Cachet commercial :