



CONVENTION MASCAREIGNES DIRECT - CORPORATE

La BANQUE DES MASCAREIGNES dont le siège social est sis au 8ème Etage, One Cathedral Square, Port Louis, d'une part, et son client désigné ci-dessous d'autre part
 La Compagnie/Société _____

Incorporée le _____ No _____ de _____ du Registrar of Companies

Représentée par:

1. M/Mme/Mlle _____ Nom et Prénom: _____
 Capacité: _____

2. M/Mme/Mlle _____ Nom et Prénom: _____
 Capacité: _____

conviennent que les services Mascareignes Direct retenus au présent contrat seront accessibles aux l'entités susnommées, par l'intermédiaire de ses représentants:

1. M/Mme/Mlle _____ Nom et Prénom: _____
 Numéro Carte Identité/Passeport: _____

Profil: Consultation Saisie et Consultation Validation et Consultation Toutes Opérations

2. M/Mme/Mlle _____ Nom et Prénom: _____
 Numéro Carte Identité/Passeport: _____

Profil: Consultation Saisie et Consultation Validation et Consultation Toutes Opérations

3. M/Mme/Mlle _____ Nom et Prénom: _____
 Numéro Carte Identité/Passeport: _____

Profil: Consultation Saisie et Consultation Validation et Consultation Toutes Opérations

4. M/Mme/Mlle _____ Nom et Prénom: _____
 Numéro Carte Identité/Passeport: _____

Profil: Consultation Saisie et Consultation Validation et Consultation Toutes Opérations

	Agence	Principal:	Compte
1	_____	_____	_____
2	_____	Autre(s) à rattacher: _____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____

CACHET DU CORPORATE

Le soussigné reconnaît avoir pris connaissance de toutes les conditions générales et dispositions particulières portées au verso de la présente convention à laquelle il souscrit sans aucune réserve.

A _____ le _____
 (signature précédée de la mention «Lu et approuvé»)

NOM _____

CAPACITÉ _____

CADRE RESERVE A LA BM

Corporate: _____ [*] Vérifié par: _____

CC: _____ Date: _____

Gestion Service Client: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 *

Vérifié / Saisi par: _____ Validé par: _____

Date: _____

Numéro d'abonnement _____