



Formulaire d'inscription France/Belgique/Pays-Bas

Dépôt automatique Prélèvement

Inscription pour dépôt direct des commissions **Paiement électronique**

Veillez m'inscrire aux programmes suivants sur la base des conditions contractuelles figurant ci-dessous :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépôt automatique seulement | <input type="checkbox"/> Veuillez remplacer le mode de paiement actuel |
| <input type="checkbox"/> Prélèvement seulement | <input type="checkbox"/> Veuillez utiliser ce mode de paiement en priorité pour la livraison automatique |
| <input type="checkbox"/> Dépôt automatique et prélèvement | <input type="checkbox"/> Veuillez utiliser ce mode de paiement auxiliaire pour la livraison automatique seulement |

Information - Distributeur/clients privilégié

Nom _____

Numéro d'identification _____

Nom de l'institution financière/nom de la succursale _____

Adresse de l'institution financière/pays _____

Numéro de tél. de l'institution financière _____

Numéro IBAN _____

Numéro SWIFT (BIC) _____

Compte d'épargne Compte chèques

Dépôt automatique - Conditions contractuelles

Si je l'ai indiqué ci-dessus, je souhaite participer au programme de dépôt automatique. J'ai lu les clauses contractuelles qui suivent, et je m'engage à m'y conformer. Par la présente, j'autorise USANA Health Sciences (France), ci-après « USANA » à faire effectuer électroniquement sur mon compte bancaire des dépôts correspondant au versement des commissions qui me sont dues. J'autorise de plus USANA à effectuer si nécessaire des transactions de débit et redressement pour la compensation de toute transaction de dépôt automatique erronée. Je peux révoquer cette autorisation de dépôt à tout moment par signification de ma décision à USANA par écrit, la révocation prenant effet sept jours après la réception de ma notification par écrit. USANA se réserve le droit de résilier cette convention à tout moment.

Signature de payeur

Date

Mandat de prélèvement SEPA



USANA Health Sciences France
118, avenue des Champs-Élysées
75008 Paris, France
Identifiant du créancier : FR42ZZZ605116

Référence unique du mandat (numéro d'identification de Distributeur)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez

- (A)** USANA Health Sciences France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et
- (B)** Votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de USANA Health Sciences France.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Nom du débiteur (s) : _____

Numéro et nom de la rue : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Code international d'identification de votre banque –
BIC (Bank Identifier Code) :

Numéro d'identification internationale du compte bancaire – IBAN
(International Bank Account Number) :

Bank Name/Branch Name/Country:

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à : _____

Date: _____

Signature(s): _____

Prélèvement : Si je l'ai indiqué ci-dessus, je souhaite participer au programme de prélèvement. J'ai lu les clauses contractuelles qui suivent, et je m'engage à m'y conformer. Par la présente, j'autorise USANA Health Sciences (France), ci-après « USANA » à faire effectuer un prélèvement sur mon compte bancaire pour le paiement de chaque commande que je passe directement. USANA est autorisée à effectuer un prélèvement couvrant uniquement le coût des produits que j'ai commandés plus la taxe de vente. Si un paiement automatique n'est pas honoré pour quelque motif que ce soit, je conviens de payer des frais de service. Je dégage USANA de toute responsabilité ou obligation découlant d'une demande de paiement électronique à partir de mon compte émise par USANA (à l'exception de l'obligation d'expédition des produits commandés). Je peux révoquer cette autorisation de prélèvement à tout moment par signification de ma décision à USANA par écrit, la révocation prenant effet lors de la réception de ma notification par écrit. Advenant que je révoque cette autorisation de prélèvement, je paierai d'avance toutes les marchandises que je commanderai par la suite, conformément aux règles alors en vigueur. USANA se réserve le droit de résilier cette convention à tout moment.



USANA Health Sciences France
118, avenue des Champs-Élysées
75008 Paris, France
Réception : +33(0) 1 42 99 76 60
Services aux Distributeurs : +33(0) 1 42 99 76 50

Formulaire d'inscription France/Belgique/Pays-Bas

Dépôt automatique ➡

Inscription pour *dépôt automatique* des commissions

Grâce au programme de *dépôt automatique*, le distributeur accède instantanément à ses commissions hebdomadaires à la date d'émission de son chèque.

Le programme de *dépôt automatique* est offert à tous les distributeurs qui détiennent un compte de banque valide dans un pays membre de l'Union européenne.

Prélèvement ➡

Paiement électronique

Le programme de *prélèvement* constitue un mode de paiement simple que tout distributeur et Client privilégié peut utiliser pour acquitter ses commandes par livraison automatique USANA. Le montant de l'achat sera prélevé par voie électronique du compte bancaire inscrit à son dossier le jour suivant celui où il passe sa commande ou le lundi qui suit la date du cycle de sa commande par livraison automatique.

Le programme de *prélèvement* est offert à tous les distributeurs et Clients privilégiés qui détiennent un compte de banque dans un pays membre de l'Union européenne.