

## AUTORISATION - PORTABILITE DE NUMEROS

Le titulaire autorise le transfert des numéros spécifiés ci-dessous de.....  
(Opérateur actuel) vers SELFONE CMRP.

Numéro(s) analogique(s) à porter :

1/..... 4/.....  
2/..... 5/.....  
3/..... 6/.....

Numéro(s) spécifique(s) à porter : type Numéris :

1/..... 4/.....  
2/..... 5/.....  
3/..... 6/.....

Cette autorisation de transfert entraîne l'annulation du contrat avec l'opérateur actuel en ce qui concerne les services téléphoniques correspondant à ces numéros.

Vos données : (à remplir en lettres capitales)

Nom et Prénom du titulaire :.....  
Numéro de client chez l'opérateur actuel :.....  
Adresse de votre ligne téléphonique actuelle :  
Rue :.....  
Code postal :..... Ville :.....  
Pays :.....  
Téléphone :.....Fax :.....  
Raison sociale :.....  
**Numéro de siret + Code APE :**.....

Je soussigné (e), titulaire du contrat désigné par le ou les numéros ci-dessus, déclare de bonne foi :

- 1/ demander la résiliation du(es) contrat(s) désigné par le ou les numéros (s) ci-dessus par site et la mise en œuvre de la portabilité du (ou des) numéros utilisés au titre dudit (desdits) contrat(s)
- 2/ choisir l'opérateur SELFONE CMRP, au lieu et place de mon ancien opérateur et, à ce titre, avoir pleinement connaissance des conséquences de la résiliation de mon(mes) précédent(s) contrat(s) avec mon ancien opérateur, à savoir la rupture du lien contractuel avec celui-ci et le fait que la fourniture de l'accès(des accès) téléphonique(s) reste à la charge exclusive de SELFONE CMRP.
- 3/ avoir donné mandat à SELFONE CMRP, ARCEP N° 08-266, pour effectuer, en mon nom et pour mon compte, toutes les démarches nécessaires auprès de mon ancien opérateur de boucle locale, afin de procéder à la résiliation de mon (mes) accès téléphonique(s) auprès de mon ancien opérateur et de mettre en œuvre la portabilité des numéros susvisés.
- 4/ être informé que dans l'hypothèse où la portabilité n'est pas mise en œuvre, je demeure client de mon ancien opérateur et demeure donc redevable de l'ensemble des mes obligations envers mon ancien opérateur au titre des liens contractuels avec celui-ci.
- 5/ m'engager à adresser à SELFONE CMRP toute demande ou réclamation concernant l'exécution du présent mandat.

Le présent mandat est valable pour trois (3) mois et doit **IMPERATIVEMENT** être complété d'une facture de votre opérateur actuel.

Fait à :..... Le :.....  
Nom et qualité du signataire (obligatoire pour les personnes morales) :

Signature et Cachet :