

Partenaire agréé N° Nom

Pour vous abonner, renvoyez le document complété recto/verso accompagné de votre RIB par email, fax ou courrier

abonnement.cgmnet.fr@cgm.com - Fax 01 47 16 26 76

CompuGroup Medical France - Service Abonnement CGM NET - 55, av. des Champs Pierreux - 92012 Nanterre cedex

1 | COMPLÉTEZ VOS COORDONNÉES

N° CLIENT

NOM DU CABINET

RESPONSABLE DU CABINET

Adresse 1

Adresse 2

CP Ville Fax

Tél. Email Fournisseur internet

| | <input type="checkbox"/> PRATICIEN N°1 | <input type="checkbox"/> PRATICIEN N°2 | <input type="checkbox"/> PRATICIEN N°3 |
|------------------------|--|--|--|
| N° Client | | | |
| Civilité / Nom | | | |
| Prénom | | | |
| Né(e) le | | | |
| Profession | | | |
| Spécialité | | | |
| N° RPPS | | | |
| N° CPS | | | |
| N° Portable | | | |
| Email | | | |
| Logiciel | | | |
| Système d'exploitation | | | |

⚠ Complétez tous les champs pour tous les Praticiens abonnés à CGM NET.

2 | COMPLÉTEZ LE MANDAT - JOIGNEZ LE RIB

RUM (réservé au Service Client)

Créancier : CompuGroup Medical France SAS · Service Client CGM NET · 55, av. des Champs Pierreux - 92012 Nanterre cedex

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR57ZZZ494460

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier et si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par CompuGroup Medical France. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec CompuGroup Medical France.

Titulaire du compte à débiter

Nom/Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Désignation du compte à débiter

Numéro de compte bancaire international (IBAN)

Code d'Identification de Banque (BIC)

Type de prélèvement : prélèvement récurrent.

Signé à : Signature :

Le :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez « CompuGroup Medical France » à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de « CompuGroup Medical France ».

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
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

La Référence Unique de Mandat (RUM) vous sera communiquée sur le document de notification du premier prélèvement SEPA. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent document sont destinées à n'être utilisées par « CompuGroup Medical France » que pour la gestion de la 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.

3 | SELECTIONNEZ LES SERVICES DE VOTRE CHOIX

CODE PROMO

- **CGM FAX-TO-MAIL ILLIMITÉ N°1⁽¹⁾** : 14,99 €/mois 49 € Frais de mise en service

Adresse email réception / envoi des fax :

Sélectionnez le numéro CGM FAX-TO-MAIL de votre choix :

Je souhaite un nouveau numéro géographique

Je conserve mon numéro existant : [] avec le RIO⁽²⁾ suivant : []

⚠ IMPORTANT ! Fournissez une copie de votre facture téléphonique du numéro conservé pour valider votre portabilité.

Pour obtenir votre RIO, composer gratuitement le 3179 à partir de la ligne concernée.

- **CGM FAX-TO-MAIL ILLIMITÉ N°2⁽¹⁾** : 14,99 €/mois 49 € Frais de mise en service

Adresse email réception / envoi des fax :

Sélectionnez le numéro CGM FAX-TO-MAIL de votre choix :

Je souhaite un nouveau numéro géographique

Je conserve mon numéro existant : [] avec le RIO⁽²⁾ suivant : []

⚠ IMPORTANT ! Fournissez une copie de votre facture téléphonique du numéro conservé pour valider votre portabilité.

Pour obtenir votre RIO, composer gratuitement le 3179 à partir de la ligne concernée.

4 | MENTIONS PARTICULIÈRES

Engagement de 24 mois, puis reconduction par période de 12 mois. Les tarifs sont exprimés en TTC/mois sauf mention particulière. Offre soumise à conditions, disponibles auprès du Service Client CGM NET. (1) CGM FAX-TO-MAIL illimité vers les fixes dans la limite de 300 destinataires. Nécessite une connexion internet. (2) RIO : Relevé d'Identité Opérateur.

5 | DÉCLARATION DE PORTABILITÉ

Délai de portabilité : environ 15 jours ouvrés.

Je soussigné(e), titulaire du numéro existant ci-dessus, déclare de bonne foi :

- 1/ Demander la résiliation de mon précédent contrat et la mise en oeuvre de la portabilité du numéro utilisé au titre du dit contrat.
- 2/ Choisir l'opérateur CGM NET en lieu et place de mon opérateur précédent et avoir pleinement connaissance des conséquences, notamment vis-à-vis des conditions de résiliation de mon ancien opérateur ; la fourniture du service CGM FAX-TO-MAIL reste à la charge exclusive de CGM NET.
- 3/ Avoir donné mandat à CGM NET pour effectuer en mon nom et pour mon compte, toutes les démarches nécessaires auprès de mon ancien opérateur afin de procéder à la résiliation de mon accès téléphonique auprès de mon opérateur précédent et de mettre en oeuvre la portabilité des numéros susvisés.
- 4/ Etre informé que dans l'hypothèse où la portabilité n'est pas mise en oeuvre, je demeure Client de mon opérateur précédent et demeure donc redevable de l'ensemble de mes obligations envers lui.

CGM NET est une marque de la Société CompuGroup Medical France (CGMF)

6 | SIGNATURE CABINET/CLIENT

Je certifie exacts, sous peine de nullité, les renseignements figurant sur le présent contrat. Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales de Vente en vigueur et déclare les accepter sans réserve. Les dites Conditions Générales de Vente sont disponibles sur le site web ou sur demande au Service Client CompuGroup Medical France. J'ai noté que l'ouverture de mon compte est subordonnée à la réception de l'original du présent contrat signé et, en cas de 1^{ère} souscription à un service CompuGroup Medical France, du mandat de prélèvement dûment complété, accompagné de mon RIB.

Je suis déjà Client CompuGroup Medical France. J'ai déjà rempli et fourni l'autorisation de prélèvement automatique autorisant l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier et si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnées par CompuGroup Medical France. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec CompuGroup Medical France.

Fait à : Signature / Cachet Cabinet :

Le : []

CONTACTER LE SERVICE CLIENT CGM NET

info@cgmnet-fr.cgm.com • www.cgm.com/fr • 01 47 16 20 00

Service gratuit + prix appel