

Partenaire agréé N° Nom

Pour activer l'abonnement CGM NET, renvoyez le document complété pour tous les Utilisateurs 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

Au-delà d'1 poste, complétez également le formulaire Configuration des postes supplémentaires CGM NET.

COORDONNÉES DU CABINET

N° CLIENT

NOM DU CABINET

RESPONSABLE DU CABINET

Adresse 1

Adresse 2

Complément adresse (N° de bâtiment, étage, etc.)

CP Ville

Tél. Fax Email

ACCÈS INTERNET

N° de ligne pour le test d'éligibilité

N° de ligne pour le test d'éligibilité du lien ADSL supplémentaire

Si une installation RNIS (boîtier Numéris) est déjà existante, donner le numéro d'un Voisin

Sélectionnez vos disponibilités pour l'installation de la ligne téléphonique

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

SAUVEGARDE EN LIGNE AGRÉÉE

Contacts pour la réception de mot de passe unique et restauration de vos données

Contact principal (n° de mobile)

Contact secondaire (n° de mobile ou email)

Contacts pour la réception des rapports d'exécution de vos sauvegardes

Contact (email)

Si le Client utilise déjà un compte (RSS/CGM NET) Fortidata-Sauvegarde en ligne, indiquez les identifiants utilisés

(ex. : XXXX@fortidata02)

BOÎTE AUX LETTRES CABINET

Adresse email pour la messagerie du Cabinet@lerss.fr

(40 caractères maximum.)

CGM FAX-TO-MAIL

FAX 1

Numéro externe Numéro existant, précisez

Demande d'un nouveau numéro géographique

Adresse email pour envoi/réception fax

FAX 2

Numéro externe Numéro existant, précisez

Demande d'un nouveau numéro géographique

Adresse email pour envoi/réception fax

TÉLÉPHONE SECONDAIRE

Dupliquer le téléphone de l'utilisateur

Yealink T46G (filaire)

Snom M25

TÉLÉPHONIE - POSTE PRINCIPAL SERVANT À L'ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE - UTILISATEUR 1

Civ/Nom Prénom

Email Mobile

Numéro externe Numéro à porter

Demande d'un nouveau numéro géographique

Masquage permanent oui

non

Numéro de téléphone pour la sécurisation des appels entrants, précisez

Téléphone Snom D725 (filaire)

GESTION DES APPELS ENTRANTS

Pendant les heures d'ouverture (un seul choix possible dans la colonne de gauche)

<input type="checkbox"/> Prise directe des appels	Double appel	<input type="checkbox"/> Oui, nombre d'appels possibles
		<input type="checkbox"/> Non
	Renvoi sur occupation pour les appels externes	<input type="checkbox"/> Non, la ligne sonne occupée
		<input type="checkbox"/> Répondeur
		<input type="checkbox"/> Télé-secrétariat
<input type="checkbox"/> Pré-décroché	Message	<input type="checkbox"/> Par défaut
		<input type="checkbox"/> Personnalisé par le Client
	Temps d'attente max en file (secondes)
	Intervalle entre deux appels (secondes)
	Nombre maximum de personnes en file
<input type="checkbox"/> Répondeur	Message	<input type="checkbox"/> Par défaut
		<input type="checkbox"/> Personnalisé par le Client
<input type="checkbox"/> Télé-secrétariat	Nom de la société
	N° pour le transfert d'appels
	Type de transfert	<input type="checkbox"/> Permanent
Pendant les heures de fermeture (un seul choix possible dans la colonne de gauche)		
<input type="checkbox"/> Répondeur	Message	<input type="checkbox"/> Par défaut
		<input type="checkbox"/> Personnalisé par le Client
<input type="checkbox"/> Télé-secrétariat	Nom de la société
	N° pour le transfert d'appels
	Type de transfert	<input type="checkbox"/> Permanent
		<input type="checkbox"/> Occasionnel / Manuel

RENOI PERMANENT TÉLÉ-SECRÉTARIAT

Email Mobile

Numéro externe Numéro à porter

Demande d'un nouveau numéro géographique

Télé-secrétariat Nom de la société

N° pour le transfert

SIGNATURE CABINET/CLIENT

Je certifie exacts les informations complétées dans le présent document. Toute information incorrecte ou incomplète ne pourra garantir la bonne mise en place de mes services CGM NET.

Fait à : Signature / Cachet Cabinet :

Le :