

Partenaire agréé N° ..... Nom .....

**Envoyez 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

## 1 | COORDONNÉES DU CABINET

N° CLIENT

RAISON SOCIALE DU CABINET<sup>(1)</sup> .....

Numéro de Siret .....

CORRESPONDANT SUR SITE .....

Adresse 1 .....

Adresse 2 .....

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

CP ..... Ville .....

Tél. .... Fax .....

(1) Indiquer la même raison sociale du Cabinet que celle présente sur votre facture de téléphone fixe

## 2 | TYPE DE RACCORDEMENT CHOISI

Ligne(s) simple(s) analogique(s)	<input type="checkbox"/>	Groupement de lignes analogiques	<input type="checkbox"/> sans SDA <input type="checkbox"/> avec SDA
Numéris accès de base	<input type="checkbox"/> sans SDA <input type="checkbox"/> avec SDA	Groupement d'accès Numéris de base	<input type="checkbox"/> sans SDA <input type="checkbox"/> avec SDA
Numéris accès primaire	<input type="checkbox"/> sans SDA <input type="checkbox"/> avec SDA	Groupement d'accès Numéris primaire	<input type="checkbox"/> sans SDA <input type="checkbox"/> avec SDA
Numéro de tête de ligne (NDI)		.....	

SDA	0	RIO	0
SDA	0	RIO	0
SDA	0	RIO	0
SDA	0	RIO	0
SDA	0	RIO	0
SDA	0	RIO	0
SDA	0	RIO	0
SDA	0	RIO	0
SDA	0	RIO	0
SDA	0	RIO	0
SDA	0	RIO	0

## 3 | DÉCLARATION DE PORTABILITÉ

Délai de portabilité : 15 jours ouvrés.

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

1/ Demander la résiliation du(es) contrat(s) référencé(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 de boucle locale NERIM SAS en lieu et place de mon opérateur précédent et, à ce titre, avoir pleinement connaissance des conséquences de la résiliation de mon (mes) précédent(s) contrat(s) avec mon opérateur précédent, 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 CompuGroup Medical France SAS.

3/ Avoir donné mandat à CompuGroup Medical France SAS, 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 opérateur précédent et de mettre en œuvre la portabilité des numéros susvisés.

4/ Etre informé que dans l'hypothèse où la portabilité n'est pas mise en œuvre, je demeure client de mon opérateur précédent et demeure donc redevable de l'ensemble des mes obligations envers mon opérateur précédent au titre des liens contractuels avec celle-ci.

5/ M'engager à adresser à CompuGroup Medical France SAS, toute demande ou réclamation concernant l'exécution du présent mandat.

Le présent mandat sera caduc le :

La durée maximale de validité du mandat est fixée à trois (3) mois.

Fait à : ..... Signature / Cachet Cabinet :

Le :