



Une société du groupe CompuGROUP

**Pour vous abonner**

N° de fax : 01 47 16 26 76

- complétez et signez ce formulaire
  - faxez recto/verso et envoyez ce formulaire accompagné d'un RIB, RIP ou RICE :
- Le Réseau santé social • Service Client  
212, av. Paul Doumer • 92508 Rueil-Malmaison Cedex

**Formulaire d'abonnement**



<b>1 • INFORMATION CABINET</b> (complétez tous les champs)		<b>N° CLIENT</b> (si déjà client)	
<b>NOM DU CABINET</b>			
Civ. <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> M. <b>Nom</b>			
<b>Prénom</b>		<b>Né(e) le</b>	
<b>N° Adeli/RPPS</b>		<b>N° CPS</b>	
<b>Profession</b>		<b>Spécialité</b>	
<b>Adresse 1</b>			
<b>Adresse 2</b>			
<b>CP</b>	<b>Ville</b>		
<b>Tél. cabinet</b>	<b>Portable</b>	<b>Fax</b>	
<b>Email</b>			
<b>Logiciel utilisé</b>		<b>Système d'exploitation</b>	

<b>VOTRE REVENDEUR/CONSEILLER RSS</b>	<b>CONTACTS</b>
(cadre réservé au Service Client)	<b>TÉLÉPHONE : 0826 39 12 13</b> (0,15 € TTC/min depuis un poste fixe)
<b>N° 14005144</b>	<b>FAX : 01 47 16 26 76</b>
<b>NOM MEDICAL INFORMATIQUE SERVICES.....</b>	<b>EMAIL : info@lereseausantesocial.fr</b>
	<b>SITE WEB : www.lereseausantesocial.fr</b>
	<b>BOUTIQUE : www.laboutiquerss.fr</b>
	<b>WEBPLAQUE : www.webplaque.net</b>

<b>2 • MANDAT DE PRÉLÈVEMENT</b> (joignez votre RIB)		<b>RUM</b> (réservé au Service Client)	
<b>Créancier</b> : le Réseau santé social • Service Client • 212, av. Paul Doumer • 92508 Rueil-Malmaison Cedex			
<b>Identifiant Créancier SEPA (CIS)</b> : 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 le Réseau santé social. 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 le Réseau santé social.			
<b>Titulaire du compte à débiter</b>		<b>Désignation du compte à débiter</b>	
Nom/Prénom : .....		Numéro de compte bancaire international (IBAN)	
Adresse : .....			
.....		Code d'Identification de Banque (BIC)	
CP : ..... Ville : .....			
<b>Type de prélèvement</b> : prélèvement récurrent.			
Signé à : .....		Signature :	
Le : .....			
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez « le Réseau santé social » à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de « le Réseau santé social ».			
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 « Le Réseau santé social » 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 • VOTRE ABONNEMENT (sélectionnez la solution et les services votre choix)

CODE PROMO

#### Solution 1 : TÉLÉTRANSMISSION SEULE - e-Vitale, logiciel en ligne<sup>(1)</sup> (24 mois)

- Auxiliaire  16,95 €/praticien
  - Prescripteur  26,95 €/praticien
  - Engagement 12 mois  +2 €/praticien
  - Accompagnement 1ère FSE  inclus
- Nb praticiens\* : .....
- Nb praticiens\* : .....

#### Solution 2 : TÉLÉTRANSMISSION & INTERNET - e-Vitale & Pack Santé PRO ADSL<sup>(2)</sup> (24 mois)

**⚠ Indiquez le n° de la ligne téléphonique utilisée pour la connexion.**

Cette ligne doit être isolée non RNIS et ne pas passer par un standard

- |                      | Cabinet mono praticien<br>ADSL + e-Vitale  | Cabinet multi praticiens<br>ADSL + e-Vitale/praticien    |                        |
|----------------------|--|--|------------------------|
| • Auxiliaire         | <input type="checkbox"/> 29,95 € + 9,95 €  | <input type="checkbox"/> 39,95 € + 9,95 €/praticien      | Nb praticiens* : ..... |
| • Prescripteur       | <input type="checkbox"/> 29,95 € + 19,95 € | <input type="checkbox"/> 39,95 € + 19,95 €/praticien     | Nb praticiens* : ..... |
| • Engagement 12 mois | <input type="checkbox"/> + 4 €/praticien   | <input type="checkbox"/> + 2 €/cabinet et + 2€/praticien |                        |

#### Services optionnels

- RSSBox<sup>(3)</sup>  5 €  livraison chez le Revendeur  sans RSSBox
- Forfaits Téléphonie Fixe<sup>(4)</sup>  2h - 2,20 €  4h - 4,30 €  6h - 6,40 €  Illimité - 9,95 €
- Forfaits Téléphonie Mobile<sup>(5)</sup>  1h - 11,00 €  3h - 31,00 €  5h - 51,00 €
- IP Fixe  cabinet mono praticien - 2 €  cabinet multi praticiens - inclus
- Sécuplus<sup>(6)</sup>  cabinet mono praticien - 2 €  cabinet multi praticiens - 10 €

#### Services inclus

Téléphonie RSSBox<sup>(7)</sup> - Sécurité ADSL, 1 licence Pack Sécurité PC 1 poste<sup>(8)</sup> - Messagerie Médicale Sécurisée, 1 licence Sermentis MMS 1 poste<sup>(9)</sup>

\* Précisez le nombre de praticiens et complétez le formulaire d'ajout de compte. Au-delà de 10 praticiens, nous contacter.

### 4 • LECTEUR DE CARTES<sup>(10)</sup>

Sélectionnez le(s) lecteur(s) et option(s) de votre choix sur la Fiche produit associée, puis reportez les références ci-dessous.

Lecteurs de cartes

Réf. : .....

Réf. : .....

Réf. : .....

Services optionnels

Réf. : .....

Réf. : .....

Réf. : .....

### MENTIONS LÉGALES

Les tarifs sont exprimés en TTC/mois sauf mentions particulières. Offres soumises à conditions, disponibles auprès du Service Client au 0826 39 12 13 (0,15 € TTC/min depuis un poste fixe en France Métropolitaine) ou sur [www.lereseausantesocial.fr](http://www.lereseausantesocial.fr). (1) Service compatible MAC/PC. Accompagnement téléphonique à la 1ère FSE pour une durée moyenne de 30 min inclus. (2) Nécessite un abonnement téléphonique souscrit auprès de l'opérateur historique. Frais de mise en service ADSL 60 €. (3) La RSSBox est recommandée pour le bon fonctionnement des services dont la téléphonie IP. L'utilisation d'un autre modèle de modem est sous la responsabilité de l'utilisateur. (4) Appels locaux et nationaux vers les fixes 24h/24, 7j/7, hors appels vers les numéros courts, spéciaux et les numéros d'urgence. En cas de dépassement de forfait, facturation à la minute, tarifs disponibles sur [www.lereseausantesocial.fr](http://www.lereseausantesocial.fr). (5) Appels vers tous les opérateurs nationaux. En cas de dépassement de forfait, facturation à la minute, tarifs disponibles sur [www.lereseausantesocial.fr](http://www.lereseausantesocial.fr). (6) Non compatible avec la Téléphonie RSSBox. (7) Service disponible sous réserve d'éligibilité technique de la ligne. Facturation à la minute ou au forfait. Tarifs disponibles sur [www.lereseausantesocial.fr](http://www.lereseausantesocial.fr). (8) Engagement de 12 mois. Service compatible uniquement avec PC Windows XP et supérieur. (9) Offert pendant 12 mois. A l'issue des 12 mois offerts, le service est maintenu sur demande du Client et facturé 40 € la licence/praticien + 7 €/mois/praticien l'abonnement. (10) Frais de port 10 €. Commande et livraison sous réserve de disponibilité des stocks.

### 5 • SIGNATURES CABINET/CLIENT

Je certifie exacts, sous peine de nullité, les renseignements figurant sur le présent formulaire. Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales d'Utilisation en vigueur, de la brochure commerciale, de la grille tarifaire et, le cas échéant, des Conditions Particulières applicables à l'offre retenue et les accepter sans réserve. Tous les documents cités sont disponibles sur [www.lereseausantesocial.fr](http://www.lereseausantesocial.fr). J'autorise le Réseau santé social à transmettre mes paramètres de connexion directement au revendeur pour qu'il procède à l'installation de mon accès. J'ai noté que l'ouverture de mon compte est subordonnée à la réception de l'original du formulaire signé et du RIB, RIP ou RICE.

Fait à : ..... Signature :

Le : .....