



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

Pack Messagerie SANTÉ

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

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

2 • MANDAT DE PRÉLÈVEMENT (joignez votre RIB) RUM (réservé au Service Client)
Créancier : le Réseau santé social • Service Client • 212, av. Paul Doumer • 92508 Rueil-Malmaison Cedex
Identifiant Créancier SEPA (CIS) : 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.
Titulaire du compte à débiter Désignation du compte à débiter
Nom/Prénom : Numéro de compte bancaire international (IBAN)
Adresse : Code d'Identification de Banque (BIC)
CP : Ville :
Type de prélèvement : 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 (cochez les services de votre choix)

CODE PROMO

BAL FSE + BAL PRO - Pack Messagerie Santé⁽¹⁾

- 1 BAL FSE + 1 BAL PRO personnalisable 4,95 €
- 1 pack de 20 BAL FSE + 20 BAL PRO personnalisable 29,95 €

Nb praticiens* :

Nb praticiens* :

Service optionnel

- Pack Sécurité PC⁽²⁾
 - Licence 1 poste - 3 €
 - Licence 3 postes - 4 €
 - Licence 10 postes - 8 €
 - Licence 20 postes - 16 €

* Précisez le nombre de praticiens et complétez le formulaire d'ajout de compte. Au-delà de 20 praticiens, nous contacter.

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.lereseauantesocial.fr. (1) Engagement de 3 mois. Compatible tout FAI et LGC. (2) Engagement de 12 mois. Service compatible uniquement avec PC Windows XP et supérieur.

4 • SIGNATURE 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.lereseauantesocial.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 :