

Votre Revendeur/Conseiller le Réseau santé social

Cadre réservé au Service Client

N° :

1 Service concerné

Internet haut débit ADSL Internet bas débit Compte Pack Messagerie Santé

2 Information Cabinet (complétez TOUS les champs)

N° Abonné : CP :
 Nom du Cabinet : Ville :
 Adresse : Tél. : Fax :
 Email :

3 Information praticiens (complétez TOUS les champs)

1^{ER} PRATICIEN ajout suppression

N° Abonné (si déjà client) :
 Nom : Dr / Mme / Mlle / M.
 Prénom : Né(e) le : / /
 Profession :
 Spécialité :
 N° Adeli/RPPS :
 N° CPS :
 Tél. : Port. :
 Email :

2^{ÈME} PRATICIEN ajout suppression

N° Abonné (si déjà client) :
 Nom : Dr / Mme / Mlle / M.
 Prénom : Né(e) le : / /
 Profession :
 Spécialité :
 N° Adeli/RPPS :
 N° CPS :
 Tél. : Port. :
 Email :

3^{ÈME} PRATICIEN ajout suppression

N° Abonné (si déjà client) :
 Nom : Dr / Mme / Mlle / M.
 Prénom : Né(e) le : / /
 Profession :
 Spécialité :
 N° Adeli/RPPS :
 N° CPS :
 Tél. : Port. :
 Email :

4^{ÈME} PRATICIEN ajout suppression

N° Abonné (si déjà client) :
 Nom : Dr / Mme / Mlle / M.
 Prénom : Né(e) le : / /
 Profession :
 Spécialité :
 N° Adeli/RPPS :
 N° CPS :
 Tél. : Port. :
 Email :

4 Signature du contact/responsable cabinet

Je certifie exacts, sous peine de nullité, les renseignements figurant sur le présent formulaire. Je reconnais avoir pris connaissance de la dernière version des Conditions Générales d'Utilisation, 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, le cas échéant.

Fait à : Le : / /

Signature :