

## Pour vous abonner

N° DE FAX : 01 47 16 26 76

- complétez et signez le formulaire d'abonnement et l'autorisation de prélèvement ci-jointe
  - faxez et envoyez le formulaire d'abonnement et l'autorisation de prélèvement accompagnés d'un RIB, RIP ou RICE :
- Le Réseau santé social • Service Client • 212, av. Paul Doumer • 92508 Rueil-Malmaison Cedex

## Information Revendeur/Conseiller le Réseau santé social

N° :



## Information Cabinet (complétez tous les champs)

N° ABONNÉ (si déjà client)

Nom du cabinet : .....

Nom : Dr / Mme / Mlle / M. ....

Prénom : ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. cabinet : ..... Tél. autre : ..... Fax : .....

Email : .....

N° Adeli/RPPS : ..... Profession : .....



## Services souscrits<sup>(1)</sup> (cochez les services de votre choix)

CODE OFFRE

### SERMENTIS HPRIM-NET<sup>(2)</sup>

- Abonnement/praticien  5 €/mois

### SERMENTIS MMS<sup>(2)</sup>

- 1 licence  40 €
- Abonnement/licence  7 €/mois
- Sermentis HPRIM-Net  inclus

• Indiquez l'adresse de messagerie Cabinet souhaitée ..... @sermentis.fr

• Indiquez une 2<sup>nd</sup> adresse en cas d'indisponibilité de la 1<sup>ère</sup> ..... @sermentis.fr

⚠ Cette adresse doit être différente de vos autres adresses de messagerie le Réseau santé social

### WEBPLAQUE, VOTRE PLAQUE PROFESSIONNELLE EN LIGNE

Inclus. Pour créer et activer votre Webplaque, consultez votre Compte Client sur [www.lereseauantesocial.fr](http://www.lereseauantesocial.fr)

Le règlement s'effectue tous les trois mois par prélèvement automatique.

Merci de compléter l'autorisation de prélèvement ci-jointe et de joindre obligatoirement un RIB, RIP ou un RICE.



## Signature du Client/Responsable Cabinet

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](http://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. J'ai noté que l'ouverture de mon compte est subordonnée à la réception de l'original du présent formulaire et de l'autorisation de prélèvement signés, accompagnés d'un RIB, RIP ou RICE.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature :

