

Partenaire agréé N° ..14005144..... Nom...MEDICAL INFORMATIQUE SERVICES

Pour vous abonner, renvoyez le document complété recto/verso accompagné de votre RIB 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 | COMPLÉTEZ VOS COORDONNÉES

N° CLIENT

NOM DU CABINET

RESPONSABLE DU CABINET

Adresse 1

Adresse 2

CP Ville Fax

Tél. Email Fournisseur internet

	<input type="checkbox"/> PRATICIEN N°1	<input type="checkbox"/> PRATICIEN N°2	<input type="checkbox"/> PRATICIEN N°3
N° Client			
Civilité / Nom			
Prénom			
Né(e) le			
Profession			
Spécialité			
N° RPPS			
N° CPS			
N° Portable			
Email			
Logiciel			
Système d'exploitation			

⚠ Complétez tous les champs pour tous les Praticiens abonnés à CGM NET.

2 | COMPLÉTEZ LE MANDAT - JOIGNEZ LE RIB

RUM (réservé au Service Client)

Créancier : CompuGroup Medical France SAS · Service Client CGM NET · 55, av. des Champs Pierreux - 92012 Nanterre cedex

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : 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 CompuGroup Medical France. 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 CompuGroup Medical France.

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 « CompuGroup Medical France » à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de « CompuGroup Medical France ».

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 « CompuGroup Medical France » 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 | SELECTIONNEZ LES SERVICES DE VOTRE CHOIX

CODE PROMO

• **PACK CONNECT MSSANTÉ** : accès internet⁽¹⁾ + Téléphonie illimitée vers fixe/mobile⁽²⁾ + Sécurité PC 1 poste⁽³⁾ + Pack Messagerie MSSanté⁽⁴⁾ (1 MSSanté Personnelle + 1 MSSanté Structure + 1 télétransmission FSE + 1 PRO + 1 CGM CONNECT) + Sauvegarde en ligne agréée 1 Go⁽⁵⁾ + IP FIXE⁽⁶⁾ + CGM FAX-TO-MAIL réception et envoi illimité⁽⁷⁾

⚠ Indiquez le N° de la ligne téléphonique utilisée pour la connexion

59,99 €/mois Je souhaite bénéficier de l'offre de « subvention des frais de résiliation » de mon ancien opérateur⁽¹⁾

Adresse email réception / envoi des fax @

Entête lors de l'envoi d'un fax

Sélectionnez votre quota de sauvegarde de données et **bénéficiaire de 3 mois offerts sans engagement⁽¹⁾** :

- connectez-vous à votre Compte Client dès réception de vos paramètres
- ou choisissez un quota ci-dessous.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 2 Go - 7,99 €/mois | <input type="checkbox"/> 5 Go - 17,99 €/mois | <input type="checkbox"/> 10 Go - 24,99 €/mois |
| <input type="checkbox"/> 25 Go - 29,99 €/mois | <input type="checkbox"/> 50 Go - 44,99 €/mois | <input type="checkbox"/> 100 Go - 79,99 €/mois |
| <input type="checkbox"/> 150 Go - 111,99 €/mois | <input type="checkbox"/> 200 Go - 144,99 €/mois | |



Complétez les contacts pour la restauration de vos données - **OBLIGATOIRE**

Contact principal Portable

Contact secondaire Portable et Email @

Contact pour les rapports Email @

• Services complémentaires

- Option Multi-praticiens 12,50 €/mois Nb Praticiens : *Au-delà de 4 Praticiens, nous contacter.*
- RSSbox⁽⁸⁾ 5 €/mois livraison chez le Partenaire agréé sans la RSSbox

4 | MENTIONS PARTICULIÈRES

Engagement de 24 mois, renouvelable par tacite reconduction par période de 12 mois. Les tarifs sont exprimés en TTC/mois sauf mention particulière. Offre soumise à conditions, disponibles auprès du Service Client CGM NET. (1) Le numéro de la ligne téléphonique utilisée pour la connexion doit être isolé, non RNIS et ne pas passer par un standard. (2) Service disponible sous réserve d'éligibilité technique de la ligne. Téléphonie par internet avec appels illimités vers les fixes et mobiles en France Métropolitaine, depuis le poste fixe branché sur la RSSbox, hors numéros spéciaux et numéros courts dans la limite de 300 destinataires différents dans le mois et 3 heures maximum par appel. Au-delà, les communications sont facturées au tarif en vigueur pour la Téléphonie par internet, disponible sur www.cgm.com/fr (3) 1 licence/poste/praticien. Service compatible uniquement avec PC windows 7 SP1 et supérieur. (4) L'utilisation des messageries MSSanté via SMTP/IMAP avec authentification CPS nécessite un logiciel compatible MSSanté, non fourni avec l'offre. L'authentification CPS pour messageries MSSanté et pour la Messagerie Professionnelle instantanée CGM CONNECT compatible uniquement avec PC Windows 7 SP1 et MAC OS X 10.9 et supérieur. (5) Sauvegarde en ligne n'a pas fonction de service de stockage et est compatible avec PC windows 7 SP1 et supérieur. Les 3 champs Contacts doivent obligatoirement être complétés avec des informations valides pour profiter du service. (6) Service disponible sur demande spécifique du Client auprès du Service Client (7) CGM FAX-TO-MAIL illimité vers les fixes dans la limite de 300 destinataires par mois. (8) L'utilisation d'un autre modèle de modem est sous la responsabilité de l'utilisateur et ne garantit pas le bon fonctionnement des services souscrits.

5 | SIGNATURE CABINET/CLIENT

Je certifie exacts, sous peine de nullité, les renseignements figurant sur le présent contrat. Je reconnais avoir pris connaissance des Conditions Générales de Vente en vigueur et déclare les accepter sans réserve. Les dites Conditions Générales de Vente sont disponibles sur le site web ou sur demande au Service Client CompuGroup Medical France. J'ai noté que l'ouverture de mon compte est subordonnée à la réception de l'original du présent contrat signé et, en cas de 1^{ère} souscription à un service CompuGroup Medical France, du mandat de prélèvement dûment complété, accompagné de mon RIB.

Je suis déjà Client CompuGroup Medical France. J'ai déjà rempli et fourni l'autorisation de prélèvement automatique autorisant l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier et si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par CompuGroup Medical France. 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 CompuGroup Medical France.

Fait à : Signature / Cachet Cabinet :

Le

CONTACTER LE SERVICE CLIENT CGM NET

info@cgmnet-fr.cgm.com • cgm.com/fr • **01 47 16 20 00** Service gratuit + prix appel

Partenaire agréé N° Nom.....

Envoyez le document complété 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

NOM DU CABINET

RESPONSABLE DU CABINET

Adresse 1

Adresse 2

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

CP Ville Fax

Tél. Email Fournisseur internet

2 | TYPE DE RACCORDEMENT CHOISI

Je demande à la Société CompuGroup Medical France (CGM NET) de dégroupement totalement ma ligne téléphonique

Je déclare être titulaire de la ligne. Je reconnais avoir été informé(e) que la mise en œuvre de cette modalité de dégroupement nécessite l'existence d'un contrat d'abonnement au service téléphonique de l'opérateur historique et qu'elle entraînera automatiquement l'interruption technique des services haut débit préexistants supportés par ma ligne.

La mise en œuvre du dégroupement total résiliera automatiquement mon contrat d'abonnement au service téléphonique de l'opérateur historique.

3 | PORTABILITÉ DE LA LIGNE FIXE PRINCIPALE

Numéro à porter

RIO du numéro

Pour obtenir votre RIO vous devez composer le 3179 à partir de la ligne fixe que vous souhaitez porter sur votre offre Pack Connect MSSanté

Liste rouge Oui Non

4 | PORTABILITÉ DE LA LIGNE FAX (en cas de conservation de votre numéro)

Numéro à porter

RIO du numéro

Pour obtenir votre RIO vous devez composer le 3179 à partir de la ligne fixe que vous souhaitez porter sur votre offre Pack Connect MSSanté

! Si votre numéro de Fax et de ligne téléphonique sont identique, vous ne pourrez pas conserver votre numéro.

5 | DÉCLARATION DE PORTABILITÉ

Délai de portabilité : environ 15 jours ouvrés.

Je soussigné(e), titulaire du numéro sortant, déclare de bonne foi :

- 1/ Demander la résiliation de mon précédent contrat et la mise en œuvre de la portabilité du numéro utilisé au titre du dit contrat.
- 2/ Choisir l'opérateur CGM NET en lieu et place de mon opérateur précédent et avoir pleinement connaissance des conséquences, notamment vis-à-vis des conditions de résiliation de mon ancien opérateur ; la fourniture de l'accès téléphonique reste à la charge exclusive de CGM NET.
- 3/ Avoir donné mandat à CGM NET pour effectuer en mon nom et pour mon compte, toutes les démarches nécessaires auprès de mon ancien opérateur afin de procéder à la résiliation de mon accès téléphonique 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 de mes obligations envers lui.

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

Fait à : Signature / Cachet Cabinet :

Le