

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

Nom/Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Désignation du compte à débiter

Numéro de compte bancaire international (IBAN)

Code d'Identification de Banque (BIC)

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.

