

Formulaire d'inscription au service témo par Prélèvement Automatique

Nous vous remercions d'avoir choisi **témo**.

N'oubliez pas de nous renvoyer ce formulaire complété et accompagné de l'autorisation de prélèvement à l'adresse suivante: **e-medecis, Service Client, 26 rue George Sand, 75016 Paris**

Votre témo vous sera envoyé par courrier dans nos plus brefs délais, ou bien, il peut être pris dans les points de ventes partenaires. N'hésitez pas à nous contacter pour toutes questions 0811 95 64 77 (coût d'un appel local).

A- Informations personnelles (obligatoire pour activer témo)

1) Gestionnaire du compte sur www.mon-temo.com

e-mail: _____
Prénom: _____
Nom: _____
Téléphone : _____
Portable : _____
Sexe : F _____ M _____

Naissance : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____
Ville : _____
Pays : _____

Etes-vous le porteur du témo (l'utilisateur) :

oui non Si oui passez au B

2) Utilisateur (porteur du témo)

Prénom: _____
Nom: _____
Téléphone : _____
Portable : _____
Sexe : F _____ M _____

Naissance : _____
Adresse: _____
Code Postal: _____
Ville : _____
Pays : _____

B- Votre achat

1/ Prélèvement mensuel pendant 24 mois

Choisissez le forfait et options qui vous conviennent

Prix (TTC/mois)

Total (TTC/mois)

Forfait

<input type="checkbox"/>	Abonnement 30 minutes	39€ ⁹⁰	39€ ⁹⁰
<input type="checkbox"/>	Abonnement 60 minutes	43€ ⁹⁰	43€ ⁹⁰
<input type="checkbox"/>	Abonnement 90 minutes	49€ ⁹⁰	49€ ⁹⁰

Assurance

<input type="checkbox"/>	+ assurance casse & vol	3€ ⁹⁰	Forfait +3,9€ ⁹⁰
--------------------------	-------------------------	------------------	-----------------------------

2/ Paiement immédiat

	Frais d'activation	25€	25€
<input type="checkbox"/>	Frais d'envoi du témo (si applicable)	7€ ⁵⁰	Activation+7€ ⁵⁰
<input type="checkbox"/>	Aide à la prise en main à domicile	50€	Activation +50€

C- Informations sur l'utilisateur

Le renseignement de l'ensemble des informations ci-après **n'est pas obligatoire** mais permettront au centre Assistémo de pouvoir vous servir le plus efficacement possible. Ces informations pourront être apportées ou modifiées à **tout moment** en allant sur le site www.mon-temo.com onglet « Utilisateur »

1) État de Santé de l'utilisateur

	Bonne	Moyenne	Mauvaise	Nulle
VUE	_____	_____	_____	_____
ECOUTE	_____	_____	_____	_____
ELOCUTION	_____	_____	_____	_____
MOBILITE	_____	_____	_____	_____

Remarques : _____

2) Médecin de l'utilisateur

Prénom: _____ Ville : _____
Nom: _____ Téléphone : _____
Adresse : _____ Portable : _____
Code Postal : _____ Autre Tel.: _____

D- Les personnes à contacter

1) Personne à contacter (personne avec qui l'utilisateur du témo pourra être mis en relation. Le renseignement de l'ensemble des contacts n'est pas obligatoire)

Premier option :

Nom: _____ Pays : _____
Prénom: _____ Téléphone : _____
Qualité : _____ Portable : _____
Adresse : _____ Sexe : F _____ M _____
Code Postal : _____ Naissance : _____
Ville : _____ Temps du trajet au domicile _____ min

Possède une clé de chez vous ? _____ Oui _____ Non

Deuxième option :

Nom: _____ Pays : _____
Prénom: _____ Téléphone : _____
Qualité : _____ Portable : _____
Adresse : _____ Sexe : F _____ M _____
Code Postal : _____ Naissance : _____
Ville : _____ Temps du trajet au domicile _____ min

Possède une clé de chez vous ? _____ Oui _____ Non

Autres personnes à contacter (suite)

Prénom	Nom	Qualité	Téléphone / Mobile

2) touche « Famille » du témo (bouton gauche) :

Touche avec la pastille verte. Elle permet de faire un appel direct (sans passer par le centre d'appel) à une personne prédéfinie.

Nom : _____

Téléphone : _____

E- Environnement de l'Utilisateur

Le renseignement de l'ensemble des informations ci-après **n'est pas obligatoire** mais permettront au centre Assistémo de pouvoir vous servir le plus efficacement possible. Ces informations pourront être apportées ou modifiées à **tout moment** en allant sur le site www.mon-temo.com onglet « Utilisateur »

1) Habitation : Maison _____ , Appartement _____ si oui, étage _____
 Porte blindée _____, Ascenseur _____
 Animal de Compagnie _____ si oui lequel : _____

2) Autres informations sur l'environnement :

Je, soussigné(e) _____ souhaite souscrire au service *témo* pour une
durée de 24 mois (sauf le premier mois qui est sans engagement), et accepte les Conditions Particulières de
vente.

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus (pages 1 à 4), je m'engage à informer **e-medicis**
tout changement concernant ma situation ou celle de l'utilisateur, et si cela n'était fait, je dégage **e-medicis** de
toute responsabilité.

Je donne mon accord à **e-medicis** pour saisir en informatique les données me concernant.

Je suis avisé(e) que la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, me garantit un
droit d'accès et de rectification de ces données et de celles de l'utilisateur auprès de **e-medicis**.

Je déclare qu'**e-medicis** ne pourra être tenu responsable des conséquences matérielles qu'entraîneraient une
intervention en vue de porter aide et assistance à l'utilisateur.

Fait à _____ Le _____

Signature du client

Rappel :

Forfait (TTC)

Choix	Forfait	Mensualité
	30 minutes	39,90
	60 minutes	43,90
	90 minutes	49,90

Activation(TTC) : 25€

Envoi (si applicable) (TTC) : 7,50€

Aide à la prise en main (TTC) : 50€

Numéro de témo

(si le témo est fourni au point de vente)

06 _ _ - _ _ - _ _ - _ _
par exemple 06 22 33 44 50

Merci d'avoir renseigné ce formulaire. Renvoyez-le-nous par courrier à l'adresse suivante :
e-medicis, Service Client, 26 rue George Sand, 75016 PARIS

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU CLIENT/DEBITEUR	DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
<i>Nom, prénom et adresse :</i>	<i>Nom et adresse de votre banque :</i>

COMPTE A DEBITER			
Codes RIB			
Etabl.	Guichet	N° du compte	Clé

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
e-medicis 26 Rue George Sand 75016 Paris

Date et signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/04/1980 de la Commission Informatique et Liberté.

---&-----

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous.

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL EMETTEUR
557713

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU CLIENT/DEBITEUR	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
<i>Nom, prénom et adresse :</i>	e-medicis 26 Rue George Sand 75016 Paris

COMPTE A DEBITER			
Codes RIB			
Etabl.	Guichet	N° du compte	Clé

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
<i>Nom et adresse de votre banque :</i>

Date et signature :

RAPPEL : renvoyer nous la photocopie d'une pièce d'identité, ainsi que les deux parties de cet imprimé sans les séparer en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.), Postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Epargne (R.I.C.E.)