



Informations revendeur

Nom du Revendeur : _____ Code Postal : _____ Ville : _____

1. Informations client

Nom du Cabinet : _____

Représentant (Nom, Prénom) : _____ Email : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____ Fax : _____

2. Utilisateurs praticiens

Nom	Prénom	Code Spécialité	N° RPPS	Téléphone	Email

3. Produits et Services concernés (tarif annuel TTC)

La tarification annuelle est établie sur la base d'un droit d'usage du logiciel consenti pour une période ferme de douze (12) mois, payable en une annuité, avec tacite reconduction dans la même option de prix. Le cout de la licence est fonction de la version choisit (FSE ou ÉTENDUE), du nombre de praticiens exerçants, des options ajoutées. Le coût annuel de la licence inclut : le droit d'utilisation du logiciel, les évolutions et mises à jour du logiciel, l'assistance téléphonique illimitée, un nombre de postes installés illimité.

Version FSE

Licence FSE par praticien

: 384 € x _____ = _____ €

	€
--	---

Version ÉTENDUE

Licence ÉTENDUE par praticien

: 576 € x _____ = _____ €

Option applications mobiles

: 72 € x _____ = _____ €

Option sauvegarde distante

: 72 € x _____ = _____ €

	€
--	---

L'ensemble des documents demandés est à retourner par courrier à :

CALIMAPS DrSanté / 11 cours du XXX juillet - 33000 Bordeaux

Documents à fournir

- Bon de commande
- Mandat de prélèvement SEPA
- RIB

Bon pour accord, date, signature et cachet

Bon pour accord, date, signature et cachet

Accord des parties

Le Client certifie exactes les informations figurant sur le présent Bon de Commande et reconnaît avoir pris connaissance et accepter les présentes Conditions Générales de Ventes et les conditions tarifaires en vigueur à ce jour. Tous les documents et informations cités sont disponibles sur le site www.logicieldrsante.com.

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CALIMAPS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CALIMAPS. 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. Vous serez prélevé du montant de votre commande au plus tôt le même jour suivant la validation de cette dernière. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

1. Identification du créancier SEPA

CALIMAPS DrSanté

11 cours du XXX juillet, 33000 BORDEAUX

Identifiant Créancier SEPA (ICS) : FR62ZZZ485155.

Type de prélèvement : Paiement récurrent

2. Titulaire du compte à débiter

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

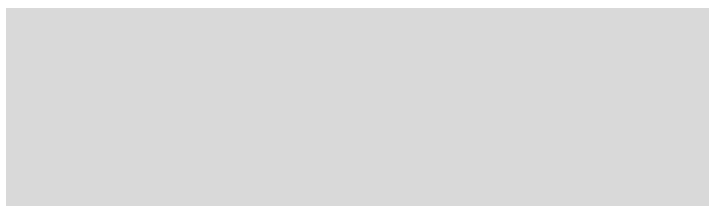
3. Désignation du compte à débiter

N° de compte bancaire international (IBAN) : _____

Code d'Identification de Banque (BIC) : _____

4. Signature

L'ouverture du compte est subordonnée à la réception de l'original du formulaire signé et du RIB.



Fait à : _____

Le : _____

MERCI DE JOINDRE VOTRE RIB