U3358

Bulletin d'abonnement à VIDAL Expert
– Offre réservée aux professionels de santé libéraux –
TARIFS 2013

owandy DENTAL IMAGING SYSTEMS & SOFTWARES

A retourner à l'adresse suivante :
VIDAL – Administration des ventes : 21 rue Camille Desmoulins - 92789 Issy les Moulineaux Cedex 9
Tél. : 0810 00 95 08 (prix d'un appel local) - Fax : 01 73 28 12 29

COMMANDE

Abonnement à VIDAL EXPERT : **19 € TTC/mois/utilisateur**

Je commande VIDAL Expert pour ..... utilisateur(s) soit ..... € TTC/mois

DROM-COM ne paient que le montant HT (15,89 € HT).

INFORMATIONS

Cabinet médical .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville ..... Tél .....

Utilisateur n° 1 **RPPS :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom : Prénom : E-mail :

Utilisateur n° 2 **RPPS :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom : Prénom : E-mail :

Utilisateur n° 3 **RPPS :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom : Prénom : E-mail :

Utilisateur n° 4 **RPPS :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom : Prénom : E-mail :

Utilisateur n° 5 **RPPS :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom : Prénom : E-mail :

RIB

Joignez votre RIB ou remplissez-le ci-dessous

COMPTE À DÉBITER

Codes Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé R.I.B.

Signature

Paiement par prélèvement mensuel. Abonnement pour une durée initiale de 1 an, tacitement reconductible. Modalités de résiliation et CGV disponibles sur www.vidal.fr.

Date et signature

☐ Je souhaite recevoir une attestation d'abonnement pour la CPAM.

Merci d'envoyer l'autorisation de prélèvement ci-dessous à votre établissement bancaire

Votre autorisation de prélèvement

J'autorise l'Établissement 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'Établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différend directement avec le créancier. **A ENVOYER A VOTRE ÉTABLISSEMENT BANCAIRE.**

N° NATIONAL D'EMETTEUR
492 784

NOM, PRÉNOM, ADRESSE DU DÉBITEUR

COMPTE À DÉBITER

Codes Etablissement	Guichet	N° de compte	Clé R.I.B.

Date : Signature :

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
VIDAL - 21 rue Camille Desmoulins
92789 ISSY LES MOULINEAUX CEDEX 9

ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Banque :

Adresse :

CP : Ville :

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6/01/78, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant et vous pouvez exercer ce droit auprès de la société VIDAL (Service fichier). Ces données pourront être utilisées afin de vous informer sur l'évolution des produits VIDAL.