



Bulletin d'inscription

Formulaire à compléter et à renvoyer à
MEDSYN – 13 rue Fernand Léger – 75020 PARIS

- Modification de contrat
- Nouveau contrat à accompagner
 - ➔ d'un relevé d'identité bancaire
 - ➔ d'une feuille de soins barrée
 - ➔ d'un chèque de caution de 40 €

1. Fiche administrative

Mme M Docteur

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Mail :

Numéro Adéli (identification sécurité sociale à 9 chiffres).....

Disposez-vous d'une CPS : Oui Non

Logiciel utilisé pour la télétransmission :

PC Mac

2. Choix des services

Je souscris à l'offre MEDSYN de base au prix de 22 € TTC par mois en métropole (25 € hors métropole)

NB : ce coût ne comprend pas les moyens de communication adaptés à l'acheminement des informations visées par le présent contrat dont je devrai disposer, le coût d'utilisation de ces moyens de communication étant à ma charge exclusive.

Je joins un chèque de 40 €, correspondant à la caution qui me sera restituée un mois après la fin de contrat, déduction faite des sommes éventuellement dues à Medsyn le jour de résiliation.

Options supplémentaires (tarification en sus de l'abonnement de base)

Je souscris, en supplément, à l'offre d'assistance personnalisée au prix de 8 € TTC/mois

Je souscris au service de rapprochement bancaire Résobank au prix de 25 € TTC/mois

NB : je note que les éventuels frais d'abonnement supplémentaires réclamés par certaines agences bancaires restent à ma charge.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté dans toute leur teneur les conditions générales d'inscription au réseau Medsyn.

Le à Signature et
cachet obligatoires

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

Medsyn
13 rue Fernand Léger
75020 PARIS

Date de prélèvement : 20 du mois

Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société Medsyn à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Medsyn. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée 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.

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paie ment : Récurrent

Form with fields for Titulaire du compte à débiter (Nom Prénom, Adresse, Code postal, Ville, Pays) and Identifiant Créancier SEPA (ICS: FR84ZZZ432282, Medsyn address).

BIC : [grid]

IBAN : [grid]

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Le (*) :

à (*) :

Signature (*)

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.