

Abonnement mensuel de :€ TTC	Date 1 ^{er} prélèvement :/...../.....
Frais de mise en service :€ TTC	Achat Pack ou Caution:€

LE SOUSCRIPTEUR (si différent du bénéficiaire)

Contact ID :	Montre 1 :
	Montre 2 :

Monsieur Madame Mademoiselle Autres

Nom ou Raison sociale: **Prénom :**

Adresse* :

Indications de livraison :

CP* : Ville* :

N° de Téléphone principal* : Autre numéro de téléphone :

* Ce champ est obligatoire.

LE BÉNÉFICIAIRE N°1

Monsieur Madame Mademoiselle **NOM :**

Prénom : Date de Naissance :

Adresse :

CP : Ville :

HALL/BAT/ESC : CODE D'ACCES N°1 : CODE D'ACCES N°2 :

ESC/ASC : ETAGE : PORTE :

CODE TAVIE BOX : LIEU DE POSE TAVIE BOX :

N° de Téléphone domicile : Autre numéro de téléphone :

ETAT DE SANTÉ :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

Déplacement : <input type="checkbox"/> Sans aide <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	Audition : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Nulle	Elocution : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Nulle	Vue : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Nulle	
--	--	---	---	--

LE BÉNÉFICIAIRE N°2

Monsieur Madame Mademoiselle **NOM :**

Prénom : Date de Naissance :

Autre numéro de téléphone :

ETAT DE SANTÉ :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

Déplacement : <input type="checkbox"/> Sans aide <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	Audition : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Nulle	Elocution : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Nulle	Vue : <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Nulle	
--	--	---	---	--

MEDECIN TRAITANT

NOM : **Prénom :** **N° Téléphone Fixe :**

Adresse complète:

NOM : Prénom :

Personne en possibilité d'intervenir Clés : Oui Non Personne à prévenir après une intervention

N°Tél 1 : N°Tél 2 : N°Tél 3 :

Adresse complète :

Observation particulières (horaires de disponibilité –Distance) :

Autorisation de demande de géolocalisation (Formule Tavie GPS) : Oui Non

NOM : Prénom :

Personne en possibilité d'intervenir Clés : Oui Non Personne à prévenir après une intervention

N°Tél 1 : N°Tél 2 : N°Tél 3 :

Adresse complète :

Observation particulières (horaires de disponibilité –Distance) :

Autorisation de demande de géolocalisation (Formule Tavie GPS) : Oui Non

NOM : Prénom :

Personne en possibilité d'intervenir Clés : Oui Non Personne à prévenir après une intervention

N°Tél 1 : N°Tél 2 : N°Tél 3 :

Adresse complète :

Observation particulières (horaires de disponibilité –Distance) :

Autorisation de demande de géolocalisation (Formule Tavie GPS) : Oui Non

NOM : Prénom :

Personne en possibilité d'intervenir Clés : Oui Non Personne à prévenir après une intervention

N°Tél 1 : N°Tél 2 : N°Tél 3 :

Adresse complète :

Observation particulières (horaires de disponibilité –Distance) :

Autorisation de demande de géolocalisation (Formule Tavie GPS) : Oui Non

NOM : Prénom :

Personne en possibilité d'intervenir Clés : Oui Non Personne à prévenir après une intervention

N°Tél 1 : N°Tél 2 : N°Tél 3 :

Adresse complète :

Observation particulières (horaires de disponibilité –Distance) :

Autorisation de demande de géolocalisation (Formule Tavie GPS) : Oui Non

NOM : Prénom :

Personne en possibilité d'intervenir Clés : Oui Non Personne à prévenir après une intervention

N°Tél 1 : N°Tél 2 : N°Tél 3 :

Adresse complète :

Observation particulières (horaires de disponibilité –Distance) :

Autorisation de demande de géolocalisation (Formule Tavie GPS) : Oui Non

CHOIX DE LA FORMULE DE TÉLÉASSISTANCE (voir tarifs TTC en vigueur)

Téléassistance Fixe pour le domicile : Sans engagement de durée

- Tavie Family Tavie Family Achat
 Tavie Assist 1 (ligne analogique) Tavie Assist 2 (ligne ADSL ou pas de téléphone fixe)
 Frais de mise en service

Options :

- Détecteur de malaise (+ 10 € ttc / mois)
 Détecteur de fumée (+ 9 € ttc / mois)
 2^e Déclencheur d'alerte (raccordement 2^e personne): 57 € ttc (1seule fois)
 Installation par un technicien Tavie (voir tarifs en vigueur)

Gestion des clés :

Petite Tavie Box Quantité :
(dimension : h11cm x l8cm x p4cm)
Clés : max 5 cm de long.

Grande Tavie Box Quantité :
(dimension : h13.5cm x l9.5cm x p5.5cm)
Clés : max 12 cm de long.

GPS : TELEASSISTANCE FIXE ET MOBILE (maison et déplacements extérieurs) (voir tarifs ci-joint)

Pack Sécurité 24 ou 12 mois

Téléphone et Montre	<input checked="" type="checkbox"/>
Service Tavie H/24 + Portail de service web	<input checked="" type="checkbox"/>
Option engagement 12 mois	<input type="checkbox"/>

Frais de mise en service

- Option 20 min de communication
 Option achat porte clés
 Option installation au domicile
 Option communicationminutes

Pack Liberté (sans engagement)

Téléphone et Montre	<input checked="" type="checkbox"/>
Portail de service web	<input checked="" type="checkbox"/>
Service Tavie H24 (en 1 ^{er})	<input type="checkbox"/>
Service Tavie H24 (en 4 ^e)	<input type="checkbox"/>

INFORMATION OPÉRATEUR TÉLÉPHONIQUE

AIDE A DOMICILE

Nom Opérateur de téléphone Fixe :

- Pas de dégroupage Dégroupage partiel Dégroupage total

Nom Organisme :

N° Téléphone :

ADRESSE DE LIVRAISON SOUHAITÉE

- Adresse Souscripteur Adresse Bénéficiaire

SIGNATURE

Déduction fiscale: Je suis imposable Oui Non

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions légales, des conditions générales d'adhésion au présent contrat figurants au verso et des conditions particulières Tavie gps ci-joint et déclare les accepter.

Je certifie l'exactitude des renseignements et des données fournis et j'autorise Tavie à les enregistrer dans son système d'informations et à les conserver.

Je suis informé 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 auprès de Tavie.

Fait le :

A :

Tavie
Julie Castet

Le Souscripteur
(Signatures Précédées de la mention « Lu et Approuvé »)

Le bénéficiaire





**MANDAT DE
PRELEVEMENT
SEPA**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Tavie Téléassistance à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Tavie Téléassistance.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Référence unique du mandat :

RUM

Identifiant créancier SEPA : **FR27ZZZ551260**

Débiteur

Créancier

Votre nom/prénom _____

Nom **TAVIE TELEASSISTANCE Sarl Longévie**

Adresse _____

Adresse **110 Boulevard de la Villette**

CP _____ Ville _____

CP **75019** Ville **PARIS**

Pays _____

Pays **France**

IBAN

Numéro d'identification nationale du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

BIC

Code international d'identification de votre compte – BIC (Bank identifier Code)

PAIEMENT Récurent / Répétitif Ponctuel

A _____ Le

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat.