

Bulletin de souscription

LE SOUSCRIPTEUR (Le bénéficiaire ou la personne physique ou morale QUI RÈGLE LES FRAIS D'ABONNEMENT)

Madame Monsieur - NOM _____

Adresse _____ Code Postal _____ Ville _____

Tél. Fixe _____ Portable _____ E-mail : _____ @ _____

En situation de handicap (taux d'incapacité de 80%) Adulte déficient respiratoire ou moteur Âgé(e) de 60ans et plus

MA FORMULE D'ABONNEMENT MENSUEL comprend :

FORMULE DE TÉLÉASSISTANCE :

Prestation Yvelines Ecoute Assistance 24h/24..... _____ €

PRESTATIONS EN OPTION :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Télécommande conjoint _____ € | <input type="checkbox"/> Détecteur de fumée _____ € |
| <input type="checkbox"/> Télécommande supplémentaire _____ € | <input type="checkbox"/> Détecteur de CO . . . _____ € |
| <input type="checkbox"/> Télécommande montre _____ € | <input type="checkbox"/> Détecteur d'inactivité _____ € |
| <input type="checkbox"/> Médaille sensible aux chutes _____ € | <input type="checkbox"/> Détecteur de gaz . . . _____ € |
| <input type="checkbox"/> Assistance Mobile..... _____ € | |
| <input type="checkbox"/> Autre _____ € | |

FRAIS D'ACCÈS AUX SERVICES EN OPTION

- Boîte à clefs _____ €
- Autre : _____ €
- _____ €

RÈGLEMENT DES FRAIS D'ACCÈS

- Je règle les frais d'accès aux services en option par **CHÈQUE**
- Je règle les frais d'accès aux services en option par **PRELEVEMENT**

RÈGLEMENT DE MON ABONNEMENT

- Les frais d'abonnement sont **PRIS EN CHARGE** par mon CCAS ou ma mairie
- Je règle les frais d'abonnement par **PRELEVEMENT MENSUEL**

MONTANT MENSUEL TOTAL DE MON ABONNEMENT

..... € TTC*

* TAUX DE TVA EN VIGUEUR

Nous vous invitons à lire attentivement les informations suivantes et à confirmer votre accord en signant le présent Bulletin de souscription concernant le service de Téléassistance :

Je reconnais être informé(e) que toutes les conversations téléphoniques avec la centrale d'écoute de Vitaris peuvent faire l'objet d'un enregistrement dans le cadre du suivi de la qualité des services et de la formation des personnels, que ces conversations seront conservées pendant 2 mois à compter de leur enregistrement et déclare l'accepter sans réserve.

Je reconnais être informé(e) de la nécessité d'informer VITARIS en cas de changement d'abonnement téléphonique.

Je soussigné autorise Vitaris à faire intervenir les moyens de secours appropriés et en cas de défaillance du réseau de proximité du (des) Bénéficiaire(s) accepte que ceux-ci pénètrent son (leur) domicile par tout moyen utile pour porter assistance sans que VITARIS ne puisse en aucun cas être tenue responsable des éventuels dégâts en résultant (porte, vitres, etc.). Je m'engage par ailleurs à prendre en charge les frais occasionnés ainsi que les éventuels frais ou honoraires réclamés par les services de secours.

J'autorise Vitaris à transmettre au Département des Yvelines, à ma commune ou mon CCAS, mon Pôle Autonomie Territorial, ainsi qu'aux services de secours SAMU 78 Centre 15 (Service d'Aide Médicale Urgente) et SDIS 78 (Sapeurs Pompiers 78 – Service Départemental d'Incendie et de Secours), mes données personnelles et le déroulement des interventions me concernant ; ceci pour leur permettre de faire un suivi de mon dossier et effectuer un contrôle de la qualité du service délivré.

Le souscripteur reconnaît avoir pris connaissance des dispositions générales jointes au présent Bulletin de souscription et déclare les accepter.

FAIT À _____
le ____ / ____ / ____

Signature du souscripteur ou de son représentant

Cachet et signature de Vitaris agissant dans le cadre du marché public n°2015-182 :

VITARIS
SAS au capital de 1 937 506 €
90 A, allée Hubert Curien - CS 30028
71201 LE CREUSOT CEDEX
Tél. 03 85 73 05 05 - Fax 03 85 73 09 60
RCS CHALON-SAÔNE 1988 B 70013
SIRET 343 431 615 00057 - APE 8020Z