



1 - ABONNÉ

Mme M. Nom : Prénom :
 Téléphone fixe : Téléphone portable :
 Attention : Votre numéro de téléphone ne doit pas être masqué.
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Bât/Tour : Code entrée 1 : Code entrée 2 : Esc/Asc :
 Etage : Porte : Immeuble RPA/Foyer Logement Pavillon
 Animaux domestiques :

1b - AIDANT RÉFÉRENT

Mme M. Nom : Prénom :
 Tél. fixe : Tél. portable : E-mail :

2a - INFORMATIONS RELATIVES à l'abonné principal

Vue	Ouïe	Elocution	Mobilité	Date de naissance :
<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	Informations complémentaires
<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	.....
<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	.....
<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	.....

2b - INFORMATIONS RELATIVES à l'abonné secondaire

Nom : Prénom : Date de naissance :

Vue	Ouïe	Elocution	Mobilité	Lien avec l'abonné :
<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	Informations complémentaires
<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Moyenne	.....
<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	<input type="checkbox"/> Mauvaise	.....
<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	<input type="checkbox"/> Nulle	.....

3 - MÉDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :
 Tél. fixe : Tél. portable : E-mail :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :

4 - PERSONNE VIVANT SOUS LE MÊME TOIT QUE L'ABONNÉ autre que l'abonné secondaire

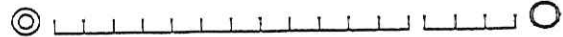
Nom-Prénom : Année de naissance :
 Lien avec l'abonné : Tél. portable :

Feuillet blanc à retourner à Mondial Assistance rempli, daté et signé (feuillet rose à conserver par l'abonné).



GTS - 85 quai de Beauvais - 59280 ARMENTIÈRES
 Fax : 03 20 88 80 17 - accueilsomme@gts-teleassistance.com

Nom-Prénom de l'abonné :



5 - DÉPOSITAIRES DES CLEFS

1/ Plusieurs dépositaires de clefs (au minimum 1), à moins de 20 minutes du domicile du bénéficiaire, sont indispensables pour la prise en compte du dossier.
2/ Les dépositaires de clefs pourront être contactés par **MONDIAL ASSISTANCE** pour assister l'Abonné et permettre aux services d'urgence d'entrer chez l'Abonné sans forcer l'accès et les dispositifs de sécurité.

cocher la case correspondante :		<input type="checkbox"/> Personne dépositaire des clefs	<input type="checkbox"/> Personne à prévenir
Nom-Prénom :	.....	Lien avec l'abonné :	.....
Adresse :	.....		Code Postal :
Ville :	.....	E-mail :	.....
Tél. 1 :	.....	Tél. 2 :	.....
		Temps de trajet en min :	

cocher la case correspondante :		<input type="checkbox"/> Personne dépositaire des clefs	<input type="checkbox"/> Personne à prévenir
Nom-Prénom :	.....	Lien avec l'abonné :	.....
Adresse :	.....		Code Postal :
Ville :	.....	E-mail :	.....
Tél. 1 :	.....	Tél. 2 :	.....
		Temps de trajet en min :	

cocher la case correspondante :		<input type="checkbox"/> Personne dépositaire des clefs	<input type="checkbox"/> Personne à prévenir
Nom-Prénom :	.....	Lien avec l'abonné :	.....
Adresse :	.....		Code Postal :
Ville :	.....	E-mail :	.....
Tél. 1 :	.....	Tél. 2 :	.....
		Temps de trajet en min :	

6 - ORGANISME DE SERVICES À LA PERSONNE

cocher la case correspondante :		<input type="checkbox"/> Personne dépositaire des clefs	<input type="checkbox"/> Personne à prévenir
Organisme :	.....	Nom de l'intervenant :	.....
Activité :	.....	Tél 1 :	.....
Horaires de contact		Tél 2 :	
jours :			
horaires :			

7 - PERSONNE À CONTACTER POUR L'INSTALLATION DU MATÉRIEL si autre que l'abonné

Nom-Prénom :	.....	Lien avec l'abonné :	.....
Tél 1 :	.....	Tél 2 :	.....
Horaires de contact		jours :	
horaires :		.....

8 - CHOIX DU MATÉRIEL

<input type="checkbox"/> Détecteur de chute (en remplacement de la télécommande)	<input type="checkbox"/> Transmetteur GSM/GPRS (pour les abonnés ne disposant pas d'une ligne téléphonique fixe ou d'une box)
---	--

9 - SIGNATURE

Fait à :	Le :
<i>Signature de l'abonné</i>	<i>Cachet de l'organisme émetteur</i>

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à assurer l'efficacité des interventions. Les destinataires des données sont Mondial Assistance et toutes personnes désignées pour intervenir en son nom. Nous vous informons que pour assurer votre sécurité et pour des raisons de qualité les conversations émises via le transmetteur de téléassistance sont enregistrées et conservées. Seules les personnes habilitées auront accès à cet enregistrement. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à MONDIAL ASSISTANCE - 81 Rue Pierre Sénard - 92320 Châtillon.

Toute modification ultérieure doit impérativement être signalée à GTS par :

- courrier : 85 quai de Beauvais - 59280 Armentières
- mail : accueilsomme@gts-teleassistance.com
- téléphone : 0811 650 107 (0.12€ + coût d'un appel local)

Entre les soussignés :

Monsieur Pascal DEMARTHE, Président de la communauté d'agglomération de la Baie de Somme,

Et :

Madame, Monsieur

Demeurant

Désirant contracter un abonnement au système de téléassistance proposé par la communauté d'agglomération de la Baie de Somme, et déclarant accepter le règlement dans les conditions suivantes :

Article I : Abonnement et participation financière

L'abonnement est consenti pour une durée minimum d'un mois. Il est ensuite renouvelé par tacite reconduction.

L'abonnement commence le 1^{er} jour du mois suivant l'installation. En cas de résiliation, le mois de retrait est facturé.

Conformément à la convention de mandat relative à l'organisation du dispositif de la téléassistance signée avec le Conseil Départemental de la Somme, le tarif est indexé sur le tarif du Conseil Départemental qui évolue conformément aux dispositions du marché. Le tarif à la date de la signature du contrat est de 9.49 €uros mensuel et sera évolutif sans avenant selon les conditions fixées précédemment.

Le service est offert par le Conseil Départemental aux personnes bénéficiant de l'A.P.A. dont la participation est inférieure à 10 % ou de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale. Dans ce cas, l'abonné doit fournir à la communauté d'agglomération de la Baie de Somme, service Téléalarme, la notification d'A.P.A. ou d'aide ménagère au titre de l'aide sociale. Faute de présentation de ces documents, le service sera facturé.

Lorsque le taux de participation d'un abonné bénéficiaire de l'APA évolue en cours de trimestre, sa situation est maintenue sur le trimestre en cours. Sa nouvelle situation sera prise en compte au trimestre civil suivant.

Article II : Responsabilité de la communauté d'agglomération de la Baie de Somme

La communauté d'agglomération de la Baie de Somme ne peut encourir aucune responsabilité en cas d'interruption des liaisons de téléassistance. En cas d'interruption de la ligne téléphonique, l'abonné doit formuler une réclamation auprès de l'opérateur concerné. La communauté d'agglomération de la Baie de Somme peut, à tout moment, suspendre ou résilier l'abonnement à défaut de paiement du bénéficiaire ou autre raison justifiée, sans être tenue, par ce motif, ni à indemnité, ni à remboursement, les frais de démontage étant à la charge de l'abonné.

Article III : Obligation de l'abonné

Il est interdit à l'abonné de modifier en quoi que ce soit son installation sans l'autorisation de la communauté d'agglomération de la Baie de Somme, à défaut de quoi la résiliation de l'abonnement serait immédiate, et les frais de démontage à la charge de l'abonné. Le transmetteur étant la propriété de la société Mondial Assistance – GTS, il ne peut être ni échangé, ni vendu.

L'abonnement est réglable trimestriellement par prélèvement bancaire.

En cas de non recouvrement de la créance, la trésorerie sera en droit de réaliser les poursuites nécessaires au recouvrement de cette dernière.

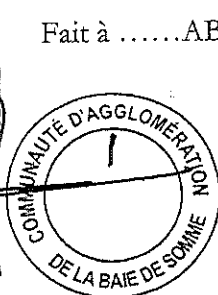
Le souscripteur certifie l'exactitude des renseignements qu'il a fournis.

Fait àABBEVILLE....., le.....

Le Président de la CABS

Le souscripteur

Pascal DEMARTHE



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : REDEVANCE TELEALARME TRIMESTRIELLE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la CABS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CABS.
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 2 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 16ZZZ54220T

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : CABS

Adresse : GAROPOLE
Place de la gare

Code postal : 80100

Ville : ABBEVILLE

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à : ABBEVILLE

Le :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la CABS. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la CABS.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.