

Code transmetteur : _____

Date d'effet | | | | | | | |

Heure de prise en compte | | | | h | | | |

DEMANDE D'ABONNEMENT DE TELEASSISTANCE

Informations concernant l'(les) abonné(s) :

1	2
NOM(S) :	NOM(S):
Prénom(s):	Prénom(s):
Date de Naissance :	Date de Naissance :

Adresse :
.....
.....

Code postal : 71100 Ville : CHALON-SUR-SAONE

Accès au logement : Maison Appart Bât....Etage.....PorteCode d'entrée :

Téléphone :

Observations complémentaires:

.....

Matériel commandé :

- Location de matériel et abonnement
- Déclencheur de chutes
- Transmetteur GSM
- Médaillon supplémentaire
- Montre contemporaine virtuelle
- Montre connectée géolocalisée
- Activation de la montre connectée
- Détecteur de fumée connecté
- Détecteur de gaz connecté
- Détecteur de monoxyde de carbone connecté
- Détecteur de fuite d'eau connectée
- Détecteur de mouvement connecté

Test de fonctionnement :

Fréquence souhaitée de test automatique de contrôle (*permet de vérifier le bon fonctionnement de l'appareil*) effectué par la société VITARIS.

- Au minimum une fois par semaine
- Au minimum une fois par mois

Personnes à contacter en cas de déclenchement de l'appareil :

1	2
NOM : Prénom : Qualité : Code postal : Ville : Téléphone 1 : Téléphone 2 : Disponibilité : 24 h sur 24 <input type="checkbox"/> Clés : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NOM : Prénom : Qualité : Code postal : Ville : Téléphone 1 : Téléphone 2 : Disponibilité : 24 h sur 24 <input type="checkbox"/> Clés : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3	4
NOM : Prénom : Qualité : Code postal : Ville : Téléphone 1 : Téléphone 2 : Disponibilité : 24 h sur 24 <input type="checkbox"/> Clés : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NOM : Prénom : Qualité : Code postal : Ville : Téléphone 1 : Téléphone 2 : Disponibilité : 24 h sur 24 <input type="checkbox"/> Clés : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Fait à Chalon-sur-Saône, le

L'(es) abonné(s) :

La Maison des Seniors :