



DEMANDE D'INSTALLATION

Destinataire : **VITARIS** Agence Yvelines Demande urgente

Burocampus - 3 rue de Verdun - 78590 Noisy le Roi

teleassistance78@vitaris.fr

N° Azur 0 810 22 00 50

Reservé à Vitaris :

Date de pose

N° Abonné



PRIX APPEL LOCAL

Facturation directe : CCAS _____ € Coordinations Gérontologiques Locales des Yvelines
 Abonné(e) _____ € CGL : _____

COORDONNEES DE L'ABONNE

Nom : _____
 Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Prénom 2ème pers. : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ Portable : _____
 Fournisseur ADSL : _____ Dégroupage : Partiel Total
 Accès au logement : Bat : Etage : Porte :
 Maison Appt. Porte blindée Code d'entrée :
 Observations complémentaires : _____

PERSONNE A CONTACTER POUR L'INSTALLATION

Nom : _____ Qualité : _____
 Adresse : _____
 _____  _____

PERSONNES A PREVENIR LORS D'UNE ALARME

<p style="text-align: center;">~1~</p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ Qualité : _____ Adresse : _____ C.P : _____ Ville : _____ Tel 1 : _____ Tel 2 : _____ Tel 3 : _____ Disponibilité : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autres _____ Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p style="text-align: center;">~2~</p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ Qualité : _____ Adresse : _____ C.P : _____ Ville : _____ Tel 1 : _____ Tel 2 : _____ Tel 3 : _____ Disponibilité : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autres _____ Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p style="text-align: center;">~3~</p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ Qualité : _____ Adresse : _____ C.P : _____ Ville : _____ Tel 1 : _____ Tel 2 : _____ Tel 3 : _____ Disponibilité : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autres _____ Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p style="text-align: center;">~Autres~</p> <p>Nom : _____ Prénom : _____ Qualité : _____ Adresse : _____ C.P : _____ Ville : _____ Tel 1 : _____ Tel 2 : _____ Tel 3 : _____ Disponibilité : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autres _____ Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

Médecin traitant : Dr _____ Tel 1 : _____
 Tel 2 : _____