

OFFRES d'ABONNEMENT ADESSA

- Bon de commande à retourner par courrier, avec le règlement -

Nom de la structure :
 Prénom et Nom du signataire :
 Fonction/Qualité :
 Adresse:
 CP : Ville :
 Téléphone : Télécopie :
 E-mail : @

Identifiant ADESSA :
 Choisir un pseudonyme :
 Choisir un mot de passe :

Cochez les cases correspondant à votre choix d'abonnement, puis faites le total de votre commande et reportez-le en bas de page

- Inscription Newsletter/Annuaire** **gratuit**
- Abonnement « expertise » :** **100 € H.T./an**
ADESSA 60 € H.T./an
- Abonnement « mini-site » :** **250 € H.T./an**
ADESSA 200 € H.T./an
- Abonnement mini-site + expertise ADESSA : 250 H.T./an**
 (abonnement couplé « mini-site » + « expertise »)

Les options pour « mini-site :

- nom de domaine personnalisé (.com) : 80 € H.T./an
 nom de domaine personnalisé (.fr) : 130 € H.T./an
 référencement départemental : 150 € H.T./an
 départements supplémentaires : x 50 € H.T./an
 (numéros des départements supplémentaires :

- Lien direct dans l'annuaire sur la page dédiée du propre site**
Internet avec référencement départemental 200 € H.T./an

MONTANT TOTAL de la COMMANDE : H.T.
TVA à 19,6% :
TOTAL TTC A PAYER :T.T.C

REGLEMENT joint au présent bon de commande:

- par chèque bancaire ou postal à l'ordre de : Eternis SA
 - par virement au compte BRED n° 10107 00163 00910630447 10
 - par mandat administratif (joindre un justificatif de l'organisme payeur)

SIGNATURE DU CONTRAT :

«Je certifie l'exactitude des informations données ci-dessus, j'ai bien noté que mon contrat d'abonnement débutera le jour de la réception de ma commande par Eternis SA. L'abonnement est renouvelable par tacite reconduction sauf dénonciation par l'une des parties 30 jours avant la date d'échéance par lettre recommandée avec accusé de réception».

FAIT A :

le :200..

Signature et cachet :

MIEUX REFERENCER VOTRE SERVICE A DOMICILE DANS NOTRE ANNUAIRE

(Vous pourrez avoir à cocher plusieurs cases par question)

Nom de la structure/entité :

Nom du directeur de l'entité :

Adresse :

CP : **Ville :**

Tél. : **Fax :** **e-mail :**@.....

Site Internet :

Statut du service : public hospitalier public territorial privé associatif privé commercial

Organisme gestionnaire :

Appartenance à un groupe : oui non Si oui, lequel :

Type de services proposés :

Aide à la vie quotidienne

Mandataire

Soins infirmiers

Prestataire

Hospitalisation à domicile

Bricolage

Accueil temporaire

Accompagnement administratif

Accueil de jour

Accompagnement dossier APA

Garde itinérante de nuit

Garde de nuit

Groupe de paroles

Autres services proposés, précisez :

Secteur couvert : (n° départements, villes)

Agrément simple : n° délivré par : le

Agrément qualité : n° délivré par : le

Agrément qualité CNAV n° délivré par : le

Certification NF

Personnes suivies : valides-autonomes (ex. Gir 5/6) semi-valides/handicap léger (ex. Gir 3/4)

dépend./handicap physique important (Gir 1/2) handicap psychique, alzheimer. et désorientés

personnes handicapées vieillissantes

Tarifications :

En € TTC par jour	Tarif Mandataire	Tarif Prestataire
Tarif Horaire aide à domicile		
Forfait journalier Soins à domicile		
Tarif horaire de nuit		

