

Demande d'abonnement gratuit Val'Écoute - juillet - août (page 1/2)



Zone réservée à l'administration

N° abonné :

Référence :

Abonné

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Bât. : _____ Esc. : _____ Étage : _____ Porte : _____ Interphone : _____ Code : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____

Situation de l'abonné

Homme

Femme

Bonne

Moyenne

Mauvaise

Nulle

Bénéficiaire APA

Bénéficiaire PCH

Vue _____

Bénéficiaire ACTP

Ouïe _____

Date de naissance :

Élocution _____

____ / ____ / _____

Mobilité _____

Informations particulières sur l'état de santé :

Nom du médecin traitant : _____

Téléphone cabinet : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Nom du médecin remplaçant : _____

Téléphone cabinet : _____

L'abonné donne son accord exprès au service de téléassistance pour conserver en mémoire informatisée ses données nominatives. En application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'abonné est informé qu'il peut, sur simple demande, accéder à son dossier et y apporter toute rectification. L'abonné s'engage à restituer le matériel de téléassistance en fin d'abonnement, quel que soit le motif de résiliation.

Fait à : _____ Le : _____

Signature