

Il est temps de contrôler vos données de base enregistrées. La publication de ces données de base est sans frais. Nous vous remercions de vérifier vos coordonnées, afin de vous garantir une publication, en adéquation avec les dernières informations fournies. Dans le cas où la confirmation de la validité ne nous parvenait pas dans les délais, vos données pourraient être supprimées lors du prochain processus de contrôle. Les informations de base précisent le nom, l'adresse complète, le numéro de téléphone et le fax. Dans le cas où vos informations existantes, référencées sur le document, sont incomplètes ou erronées vous pouvez les modifier sans frais ou les supprimer seulement sur notre site www.temdi.com. Si vous souhaitez publier des informations complémentaires, merci d'utiliser le formulaire qui sert à passer une commande d'insertion payante. Vous pourrez également y apporter des informations supplémentaires sur votre Cabinet, des photos et logo, que nous insérerons à votre publication.

Vérifier et contrôler soigneusement ce document, les informations doivent être insérées de façon lisible.

1.1 Nom du cabinet	2.1 N° TVA		
3.1 Nom du médecin			
4.1 Domaine d'expertise	5.1 Vos spécialisations		
6.1 Description de votre établissement			
Acceptez-vous des patients en urgence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Réalisez-vous des ordonnances électroniques? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Seriez-vous disponible en tant que Médecin Expert moyennant paiement d'honoraires? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
6.2 Equipement du Cabinet			
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> EEG	<input type="checkbox"/> Doppler	<input type="checkbox"/> Endoscopie
<input type="checkbox"/> IRM	<input type="checkbox"/> Ultra-Sons	<input type="checkbox"/> Laser	<input type="checkbox"/> Radiographie
<input type="checkbox"/> Laboratoire	Autres		

Si nécessaire, corriger votre adresse dans le champ. 

7.1

Téléphone _____

Fax _____

E-Mail _____ Site Internet <http://www.> _____

Numéro Adeli, date d'ouverture de votre cabinet _____

7.2 Horaires de consultation	7.3 Assurance	7.4 Tarif
	<input type="checkbox"/> Conventionné <input type="checkbox"/> Non conventionné <input type="checkbox"/> Honoraires Libres	
7.5 Services supplémentaires		
<input type="checkbox"/> Visites à domicile <input type="checkbox"/> Visites à l'hôtel Autres _____		
8.1 Merci de nous adresser vos textes et images complémentaires et d'utiliser l'enveloppe jointe.		

Commande: Je confirme que les informations, textes et les visuels fournis sont bien d'actualité. En outre je prends acte que toute forme d'inscription sera toujours réalisée dans le cadre de la loi sur la protection des données conformément au LPDP 67/98. Par la présente, je passe commande auprès de l'Editeur United Lda pour une publication de l'ensemble des informations contenu dans ce formulaire, y compris le logo et les images sur le site www.temdi.com pour les 36 prochains mois. Le délai de rétractation est de dix jours à partir de la date de passation de la commande; passé ce délai la commande devient irrévocable. La rétractation doit être faite par courrier recommandé, le cachet de la poste faisant foi. Cette commande sera automatiquement prolongée d'un an si elle n'est pas résiliée au moins 3 mois avant la fin de la période contractuelle en cours. Les frais de publication se montent à 1057 euros par an HT et sont facturés à l'avance chaque année. La date de paiement est de 20 jours après émission de la facture. La période contractuelle minimale commence à la date de la première facture. J'autorise dès à présent l'éditeur à transmettre ce contrat à des tiers. J'accepte que le tribunal compétent et la législation en vigueur soit celui de l'éditeur. L'Editeur se réserve le droit d'intenter des poursuites sur mon lieu de juridiction en fonction du droit qui y est appliqué.

Lieu, date



Cachet / Signature juridiquement valable