



Souscripteur

Civilité : M. Mme Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Pays de résidence : _____
Adresse : _____
Code Postal / Ville : _____
Email : _____
N° de téléphone : _____

Bénéficiaire

Civilité : M. Mme Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code Postal / Ville : _____
Email : _____
Installation téléphonique : Box internet Ligne téléphonique fixe
Possible seulement pour téléassistance mobile Ligne téléphonique mobile
Relation avec le souscripteur : Ami Enfant Petit-enfant Famille autre Autre
N° de téléphone : _____
Civilité du médecin : M. Mme Nom du médecin : _____
N° de téléphone du médecin : _____

Contact de confiance (*minimum 1*)

Civilité : M. Mme Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code Postal / Ville : _____
Email : _____
N° de téléphone : _____
Dispose-t-il des clés ? Oui Non
Temps de trajet : _____ (en mn)
Relation avec le bénéficiaire : _____

Contact de confiance

Civilité : M. Mme Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal / Ville :

Email :

N° de téléphone :

Dispose-t-il des clés ? Oui Non

Temps de trajet : _____ (en mn)

Relation avec le bénéficiaire :

Choix de la formule

Eligible à l'Offre promotionnelle ? Oui Non

Téléassistance classique Téléassistance classique avec option détecteur de chute

Téléassistance mobile Téléassistance mobile avec option détecteur de chute

Moyens de paiement

Le client possède ses coordonnées bancaires.

Tenant du compte : _____ Nom : _____ Prénom : _____

IBAN :

BIC :

Le client n'a pas ses coordonnées bancaires.

Les données collectées dans ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dont le responsable est La Poste Services à la personne. Elles sont nécessaires aux services internes de La Poste Services à la personne et à ses partenaires (notamment La Poste et Europ Téléassistance) pour vous recontacter et finaliser votre souscription à l'Offre de Téléassistance sélectionnée. Vos données seront conservées le temps nécessaire au traitement de votre demande de souscription, dans la limite de 3 ans à l'issue du dernier contact à votre initiative.

Vous disposez de droits relatifs à vos données à caractère personnel (accès, rectification, effacement, opposition, limitation et, pour celles fournies et nécessaires au contrat ou au traitement desquelles vous avez consenti : portabilité) qui peuvent être exercés en précisant vos nom, prénom, adresse postale, en vous adressant par voie postale à La Poste Services à la personne – TSA 81322 75564 PARIS CEDEX 12 ou par email à serviceclient@veillersurmesparents.fr.

Pour toute question en lien avec la gestion de vos données ou en cas de difficulté à ce sujet, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données, CP Y412, 9 rue du Colonel Pierre Avia, 75015 Paris.

En cas de difficulté dans la gestion de vos données personnelles, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL. Vous êtes informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel sur laquelle vous pouvez vous inscrire : <https://conso.bloctel.fr>.

Notes pour le C.C.A.S

Merci d'envoyer ce document complété avec le RIB en pièce-jointe à l'adresse suivante :

gestiondesleads@veillersurmesparents.fr

Objet du mail : Hettange-Grande – Partenariat GRE A GRE