

Télétransmission



Santé Réunion

414 rue Saint Louis 97460 Saint Paul

TEL : 0692 874990

FAX : 0262 350046

Courriel : secretariat-tsr@reunionsante.net

**CONTRAT T.S.R - Professionnel de santé
Abonnement au réseau Télétransmission Santé Réunion**

Entre les soussignés :

- La société **Télétransmission Santé Réunion**
Société à responsabilité limitée au capital de 12 195 € inscrite au R.C.S. de Saint Denis N° B 433 167 350 (2000 B 695) sise à 414 rue Saint Louis 97460 Saint Paul représentée par Monsieur DUPORT Alain , agissant en qualité de gérant.
Ci-après **dénommé « le Prestataire »**, d'une part, et
- Le **professionnel de santé**, dont les coordonnées suivent :
Ci-après **dénommé « le Contractant »**, d'autre part

NOM et PRENOM		N° facturation
		N° RPPS
		N° SIREN
NOM du groupe médical (SCM, SDF, SCP ...)		
Adresse du cabinet		
Téléphone PRO		
FAX PRO		
E.Mail du responsable		
Logiciel utilisé		
Numéro d'émetteur TSR : 38125032300015		
TOUS LES ITEMS CI-DESSUS DOIVENT ETRE REMPLIS		

1/ Objet du contrat

La société T.S.R confère, sous forme semestrielle d'appel à cotisation, au contractant qui l'accepte, le droit non cessible et exclusif d'utiliser les services du concentrateur de feuilles de soins électroniques dont les fonctionnalités et les conditions d'utilisation sont décrites dans la DESCRIPTION DE L'OFFRE , fournie sur simple demande.

2/ Durée

Le présent contrat est conclu pour une durée de un an à compter de sa signature.
A l'issue de cette période, il sera renouvelé par tacite reconduction, sauf dénonciation par le Contractant moyennant un préavis de 2 mois.

3/ Tarifs

Je souscris à :

- l'offre de base « concentrateur »** T.S.R au prix de 25.25 € HT soit 27.60 € TTC par mois
- l'offre RESO-BANK** au prix de 23.05 € HT soit 25.00 € TTC par mois
- L'installation des codes, les tests & la validation de votre télétransmission avec RESOPHARMA par l'informaticien TSR au prix de 80€ . Si par contre vous avez un informaticien attitré, nous lui fournissons gracieusement les codes

Soit un montant total de :

..... €

par mois, payable

- Trimestriellement, par prélèvement SEPA, à début d'échéance
- Semestriellement, par chèque, à début d'échéance

Merci de joindre obligatoirement un RIB récent (avec numéro IBAN) et une Feuille de Soins barrée

