



DEMANDE D'INSTALLATION

Destinataire : **VITARIS** Agence Yvelines Demande urgente
 Burocampus - 3 rue de Verdun - 78590 Noisy le Roi
teleassistance78@vitaris.fr **N°Azur 0 810 22 00 50**
 Réservé à Vitaris : PRIX APPEL LOCAL

Date de pose

N° Abonné

Facturation directe : CCAS € Coordinations Gérontologiques Locales des Yvelines
 Abonné(e) € CGL : _____

COORDONNEES DE L'ABONNE

Nom : _____
 Prénom : _____ Date de naissance : _____
 Prénom 2ème pers. : _____ Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____ Portable : _____
 Fournisseur ADSL : _____ Dégroupage : Partiel Total
 Accès au logement : Bat : Etage : Porte :
 Maison Appt. Porte blindée Code d'entrée :
 Observations complémentaires : _____

PERSONNE A CONTACTER POUR L'INSTALLATION

Nom : _____ Qualité : _____
 Adresse : _____
 ☎ _____ ① _____

PERSONNES A PREVENIR LORS D'UNE ALARME

~1~	~2~
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Qualité : _____	Qualité : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
C.P : _____ Ville : _____	C.P : _____ Ville : _____
Tel 1 : _____	Tel 1 : _____
Tel 2 : _____	Tel 2 : _____
Tel 3 : _____	Tel 3 : _____
Disponibilité : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autres _____	Disponibilité : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autres _____
Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
~3~	~Autres~
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Qualité : _____	Qualité : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
C.P : _____ Ville : _____	C.P : _____ Ville : _____
Tel 1 : _____	Tel 1 : _____
Tel 2 : _____	Tel 2 : _____
Tel 3 : _____	Tel 3 : _____
Disponibilité : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autres _____	Disponibilité : <input type="checkbox"/> 24h/24h <input type="checkbox"/> Autres _____
Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Clés : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Médecin traitant : Dr _____ Tel 1 : _____
 Tel 2 : _____