

Le présent document et les bons joints consistent en la commande de licences du logiciel LOGOSw auprès de la société LOGOSw Distribution qui assure la distribution exclusive et le support du logiciel LOGOSw.

Cabinet suivi par :

Adresse :  
Responsable de la commande :  
Téléphone :

Prénoms et noms des praticiens

Adresse du cabinet

Code postal

Ville

Téléphone

Fax

LICENCES D'UTILISATION LOGOSw	Prix unitaire HT	Prix unitaire TTC	Quantité	Total TTC
Licence LOGOSw 1 <sup>er</sup> praticien	1 396,32 €	1 670,00 €		
Licence LOGOSw 1 <sup>er</sup> praticien Offre reprise concurrentielle	986,62 €	1 180,00 €		
Licence LOGOSw praticiens suivants	836,12 €	1 000,00 €		
Reprise de données exportées logiciels concurrents	Offert	Offert		
<b>MONTANT TOTAL DES LICENCES</b>				
<b>MAINTENANCE ET SUPPORT</b>				
Abonnement aux mises à jour, support téléphonique. Dès le premier mois d'installation. Facturation terme à échoir prélevée mensuellement, renouvelable.	38,75 € /mois /praticien	46,50 € /mois /praticien		

Les prix indiqués sont applicables jusqu'au 25/11/2014.

Date d'installation souhaitée :

La commande est validée dès la réception par la société LOGOSw Distribution des éléments suivants :

- Le présent formulaire complété et signé,
- Le règlement par chèque pour le montant total des licences,
- Une fiche d'identification pour chaque praticien du cabinet,
- Une autorisation de prélèvement signée par chaque praticien,
- Un RIB, RIP ou RICE par autorisation de prélèvement.

Merci de renvoyer les documents à l'adresse suivante :

**LOGOSw Distribution**  
2 B avenue de la Forêt  
BP 44137  
35341 LIFFRE Cedex

## Identification du praticien

La présente fiche d'identification concerne l'acquisition d'une licence du logiciel LOGOSw, édité par la société IMAGEX, par le professionnel de santé mentionné ci-dessous pour son usage professionnel. Cette licence n'est pas cessible.

Titre/civilité	Prénom	Nom	Licence facturée à (si différent)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

licence collaborateur

Cochez cette case s'il s'agit d'une licence pour votre collaborateur. Dans ce cas, la licence appartiendra au praticien titulaire et non au collaborateur. En cas d'arrêt de la collaboration, la licence restera valide pour un autre collaborateur jusqu'à la fin de l'année qui suit celle de l'arrêt. En cas d'achat de votre cabinet, le repreneur devra faire l'acquisition d'une nouvelle licence à son nom.

Email	Numéro de portable
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aidez-nous à économiser du papier : nous vous enverrons vos factures par email

Numéro ADELI ou RPPS

## Montant

L'acquisition de la licence d'utilisation du logiciel LOGOSw est payable par chèque à l'ordre de LOGOSw Distribution.

L'accès au support technique et aux mises à jour du logiciel fait l'objet d'un bon de commande séparé, joint au présent document.

## Signature

Par la signature de la présente commande de licence du logiciel LOGOSw, je déclare accepter les conditions de cette licence et je garantis la sincérité des éléments inscrits sur ce formulaire.

Fait à

Le

signature

## Identification du praticien

La présente commande concerne l'abonnement du professionnel de santé mentionné ci-dessous pour son usage professionnel, aux mises à jour et au support du logiciel LOGOSw, édité par la société IMAGEX, dont il a acquis une licence d'utilisation. Cet abonnement n'est pas cessible. Les conditions générales de cet abonnement ont été transmises au professionnel de santé en accompagnement du présent bon de commande.

Prénom

Nom

--	--

## Demande de prélèvement

L'abonnement au support et aux mises à jour LOGOSw pour un an sera prélevé par LOGOSw Distribution de 46,50 € chaque mois sur le compte bancaire indiqué ci-après.

(prix valable jusqu'au 30/06/2015)

facturation séparée

cochez cette case si vous souhaitez que votre mise à jour soit facturée de manière séparée des autres praticiens de votre cabinet

## Signature

Par la signature de la présente commande d'abonnement au support du logiciel LOGOSw, je déclare accepter les conditions générales d'abonnement et je garantis la sincérité des éléments inscrits sur ce formulaire.

Fait à

Le

signature
-----------

## Autorisation de prélèvement

Prénom

Nom

--	--

Adresse du cabinet

--

Code postal

Ville

--	--

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Coordonnées du créancier

**LOGOSw Distribution**  
SAS au capital de 7000 euros  
RCS Paris B 534 405 139  
20, rue Beaunier 75014 Paris

Numéro d'émetteur

**608100**

IBAN :

--	--	--	--	--	--	--	--

ce compte est celui de la SCM/SEL du cabinet

BIC :

--

ces informations figurent sur votre RIB, RIP ou RICE

Nom de l'agence bancaire :

--

Adresse de l'agence bancaire :


Fax de l'agence bancaire :

--

nous transmettrons votre autorisation à votre établissement bancaire

Fait à

Le

signature
-----------

**Merci de joindre  
un RIB, RIP ou RICE**