

AVENANT AU CONTRAT D'ABONNEMENT

► **Merci de compléter uniquement les informations modifiées par rapport à votre précédent contrat. Si aucune modification est apportée sur une section merci de cocher la case « Aucun changement » à droite.**

❶ Votre contrat de suivi dosimétrique est constitué des documents suivants dûment complétés

- Formulaire d'abonnement Formulaire de suivi dosimétrique souhaité
 Offre / Devis (si vous en disposez) Bon de Commande (contrat/marché soumis à bon de commande)

❷ Conservez une copie et retournez-les soit par mail à service@landauer-fr.com, soit par courrier à :

LANDAUER - 9 RUE PAUL DAUTIER - CS 60 731 - 78457 VELIZY VILLACOUBLAY CEDEX - France

Cadre réservé LANDAUER

Date d'entrée en vigueur des modifications :

____ / ____ / ____

Coordonnées de l'employeur

Aucun changement

Code Client FO _____ (un nouveau code client vous sera transmis après l'enregistrement de ces informations)

Raison sociale _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

SIRET _____ TVA intracommunautaire _____

- Activité principale
- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Organisme inspection et contrôle | <input type="checkbox"/> Radiothérapie | <input type="checkbox"/> Utilisation médicale et vétérinaire |
| <input type="checkbox"/> Divers industrie | <input type="checkbox"/> Hopitaux | <input type="checkbox"/> Cabinets médicaux | <input type="checkbox"/> Recherche et université |
| <input type="checkbox"/> Prestataire du nucléaire | <input type="checkbox"/> Cliniques | <input type="checkbox"/> Cabinets dentaires | <input type="checkbox"/> Autres domaines |
| <input type="checkbox"/> Transport de matières radioactives | <input type="checkbox"/> Médecine du travail / Dispensaires | <input type="checkbox"/> Cabinets vétérinaire | |

Administrateur de votre compte

(personne responsable du suivi dosimétrique)

Prénom _____ Nom _____

Téléphone _____ Email _____

Oui, je souhaite avoir accès gratuitement au site de gestion en ligne, [LANDAUER direct](#), un login et mot de passe vous seront transmis par mail.

Coordonnées de la Personne Compétente en Radioprotection (PCR)

Aucun changement

Raison sociale _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Prénom _____ Nom _____

Téléphone _____ Email _____

Règlement

Aucun changement

Les factures sont établies chaque trimestre. Le paiement se fait net d'escompte par chèque, virement ou prélèvement (joindre le mandat de prélèvement et votre RIB), 30 jours à compter de l'édition de la facture.

► Pour chaque abonnement non mensuel ou comprenant des MONOBAGUE ou VISION seuls, 69,00 € HT de frais de gestion par année calendaire seront facturés (vous reporter aux [Conditions Générales d'Abonnement](#) pour plus de détails).

Achat Soumis à bon de commande

Non

Oui

Si oui Ouvert

Fermé

Merci de joindre le bon de commande

Facturation

Aucun changement

Adresse de facturation

(si différente de l'adresse du client)

Raison sociale _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Prénom _____ Nom _____

Téléphone _____ Email _____

Adresse d'expédition de vos factures

(si différente de l'adresse de facturation)

Raison sociale _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Prénom _____ Nom _____

Téléphone _____ Email _____

Les conditions générales d'abonnement, le formulaire d'abonnement, le formulaire de suivi dosimétrique souhaité et l'offre tarifaire constituent le contrat d'abonnement aux services de suivi dosimétrique LANDAUER.

Je certifie l'exactitude des informations mentionnées dans les différents documents constituant le contrat d'abonnement et m'engage à communiquer à LANDAUER, dans les meilleurs délais, les changements relatifs à ces données.

Je déclare avoir pris connaissance des [Conditions Générales d'Abonnement](#) (disponible sur www.landauer.fr rubrique Médiathèque) aux services de suivi dosimétrique LANDAUER. La signature du formulaire d'abonnement vaut acceptation des conditions générales d'abonnement.

Votre engagement (cases à cocher ci-dessus) et votre signature sont indispensables pour l'enregistrement de votre abonnement.

► Fait à :

Le :

► Signature

► Prénom et nom du signataire

► Cachet de l'établissement

