

# Annuaire Medical Européen

MEDECI/CLAUDE - 9101.8524.4510

Vos données n'ont plus été contrôlées depuis 8 mois. Sans votre vérification, nous ne pouvons pas garantir une inscription correcte.

CLAUDE BRONNER DR  
2 RUE DE HASLACH  
67200 STRASBOURG

## Jun 2010 pour le 3ème trimestre 2010 - Votre inscription

Madame, Monsieur

La mise à jour gratuite de vos données n'a pas encore été effectuée. Aussi nous vous remercions de bien vouloir vérifier vos coordonnées en page 2, ceci afin de vous garantir une publication correcte de votre inscription. La vérification de vos coordonnées permet à vos patients d'obtenir des informations correctes. Les informations de base précisent le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et le fax. Si les informations de vos données qui figurent actuellement sur l'imprimé ci-joint sont erronées ou incomplètes, vous pouvez les modifier gratuitement sur notre site [www.temdi.com](http://www.temdi.com). Si vous souhaitez faire paraître des informations complémentaires par rapport à vos données actuelles, merci d'utiliser le formulaire joint qui vous sert à passer une commande d'insertion payante. Vous pourrez ainsi ajouter des informations précises sur votre Cabinet, votre spécialité et également insérer des photos et des logos dans votre publication.

Nous vous prions de vérifier soigneusement l'ensemble de vos informations. Nous vous assurons que notre équipe est comme toujours disponible pour répondre à toutes vos questions.

Veuillez agréer nos sincères salutations.



Responsable du secteur médical

- Formulaire d'insertion (mentionné)

A cocher et à retourner si vous voulez que vos coordonnées soient supprimées de notre base de données actuelle.

**Votre adresse actuelle, vos contacts**

CLAUDE BRONNER (DR)  
Nom du cabinet

Nom du médecin

2 RUE DE HASLACH  
Rue, n°

67200 STRASBOURG  
Code postal / Lieu

+33-88307542  
Téléphone

Fax

Adresse e-mail

URL: <http://www>.

Numéro Rpps,  
d'Adeli ou Siret



**Corrigez en MAJUSCULES s.v.p.**

Nom du cabinet

Nom du médecin

Rue, n°

Code postal / Lieu

Téléphone

Fax

Adresse e-mail

URL: <http://www>.

Numéro Rpps,  
d'Adeli ou Siret

**Spécialité**

MEDICINE GENERALE

**Spécialité**

**Commande:** Je/nous confirmons que le texte et les visuels fournis sont bien d'actualité. En outre, nous prenons acte du fait que toute forme d'inscription entrera toujours dans le cadre de la loi sur la protection des données éventuellement valable selon l'article LPDP 67/98. Par la présente, je / nous passons commande auprès de United Lda. (éditeur) pour la publication des informations contenues dans ce formulaire (taille minimale: 500 x 200 pixel, logo et photo inclus) sur le site Internet [www.temdi.com](http://www.temdi.com) pour les 12 prochains mois et les 24 mois suivants. Nous sommes informés qu'il existe un délai de rétractation de dix jours à compter de la date de passation de commande. La rétractation doit se faire par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi. Passé ce délai, la commande devient irrévocable. Nous déclarons que la présente commande sera automatiquement prolongée d'une année si elle n'est pas résiliée par lettre recommandée au moins trois mois avant la fin du contrat. Les frais de publication se montent à € 957 par an, hors TVA et seront facturés à l'avance chaque année. Dans le cas où l'Indice officiel des prix à la consommation pour le Portugal (IHPC Décembre 2008 = 107,67), établi par l'Institut National de la Statistique, augmenterait ou diminuerait de plus de 5% à la date d'échéance de la facture par rapport à celui existant à la date de commande, le prix sera ajusté dans la même proportion de pourcentage. Nous confirmons le délai de paiement de 20 (vingt) jours à date de facture, la durée minimum du contrat commençant à la date de la première facture. Nous autorisons dès à présent l'éditeur à transmettre ce contrat à des tiers. Nous ne divulguerons ni ne communiquerons aucune information en relation avec l'exécution et/ou contenu de ce contrat et/ou en relation avec l'éditeur. Nous acceptons que le tribunal compétent soit celui du siège de l'éditeur et que le droit local de celui-ci s'applique. Toutefois, nous reconnaissons que la maison d'édition pourra porter plainte auprès de notre lieu de juridiction selon le droit qui y est appliqué. Si je/nous ne renvoyons pas la maquette dans le délai imparti, l'autorisation de publication de cette épreuve sera considérée comme acquise.

**Lieu, date**

<b>Langues parlées</b>	<b>Horaires de consultation</b>
<input type="checkbox"/> Anglais	-----
<input type="checkbox"/> Allemand	-----
<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Service d'urgence
<input type="checkbox"/> Russe	<input type="checkbox"/> Visites à domicile
<input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Visites à l'hôtel
<b>Spécialité:</b> -----	
autres: -----	
<b>Equipement du cabinet</b>	
<input type="checkbox"/> Electrocardiogramme	<input type="checkbox"/> Laboratoire
<input type="checkbox"/> Laser	<input type="checkbox"/> Radiographie
	<input type="checkbox"/> Ultra-sons
autres: -----	

**Cachet / Signature juridiquement valable**