

JE, SOUSSIGNÉ(E)

NOM PRENOM :

STRUCTURE DE SOINS :

ADRESSE :

VILLE :

CODE POSTAL

COURRIEL :

TÉL. MOBILE

ATTESTE SUR L'HONNEUR :

- Être dûment habilité(e) à la présente ;
- Que l'utilisateur ci-après désigné est bien médecin non titulaire :

NOM	PRÉNOM	SPÉCIALITÉ	TÉLÉPHONE	EMAIL	ADELI (Numéro AM)

- Déclarer qu'il fait partie du dispositif "médecins solidaires"
- Demander expressément à WEDA SAS son rattachement à la structure susmentionnée afin qu'il puisse y avoir accès et disposer d'autorisations conformes à l'exercice de son métier ;
- Avoir été informé(e) que je pourrai par la suite contrôler ces autorisations depuis le menu "Paramètres / Sécurité / Droits d'Accès" du logiciel Weda
- Accepter pleinement et sans réserve les dispositions des Conditions Générales de Vente WEDA en vigueur à ce jour.

Formation Dossier Patient *(cocher la case si formation souhaitée)*

Module de télétransmission *(cocher la case si module souhaité)*

Date de début :

Date de fin :

Notes :

Par la signature du présent document, le CLIENT déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales de Vente de WEDA SAS et déclare accepter sans réserve l'ensemble des documents contractuels.

FAIT À

LE :

NOM COMPLET, FONCTION ET SIGNATURE D'UN REPRÉSENTANT HABILITÉ DE LA STRUCTURE

NOM

FONCTION