



ASSOCIATION DELTA REVIE 03

29 avenue Jules Ferry
03100 Montluçon

Secrétariat : 04.70.29.23.32
du lundi au jeudi : 8h30 - 11h30 et 13h30 - 16h30
le vendredi : 8h30 - 11h30
Astreinte technique : 06.07.80.12.83 7j/7 24h/24

site : www.deltarevie03.com
e-mail : contact.deltarevie@gmail.com

CONTRAT INITIAL DE TÉLÉASSISTANCE

OPTION :

CADRE RÉSERVÉ À DELTA REVIE 03

BASE DE LA REDEVANCE (MENSUELLE)
CODE
N° APPAREIL
TYPE APPAREIL

DATE DE POSE ___ / ___ / ___ à ___ h ___
REDEVANCE MENSUELLE
MONTANT 1^{ER} PRÉLÈVEMENT
N° ABONNÉ sous tutelle/curatelle
DATE DE DÉPOSE ___ / ___ / ___

Contrat entre l'Association DELTA REVIE 03, représentée par son président M. _____, d'une part,
et, M. et/ou Mme _____ *Nom et Prénom de l'abonné principal*, d'autre part.

L' ABONNÉ PRINCIPAL

Commune conventionnée : oui non
Boîte à clés : oui non

Date de naissance : ___ / ___ / ___
ADRESSE Bât : _____ Etage : _____
N° : _____ Adresse : _____
Code Postal : Ville : _____
Type de bâtiment : Appartement Maison isolée/ferme Villa/maison
Infos accès : Esc./Asc. : _____ Porte : _____ Code entrée : _____ Divers : _____
Tel fixe : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Tel portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
E-mail : _____

COHABITANT

SOUS ASSISTANCE DELTA REVIE : oui non

Lien avec l'abonné : Conjoint Père/mère Enfant Autre
 Monsieur NOM : _____ Prénom : _____
 Madame Date de naissance : ___ / ___ / ___
Tel portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ E-mail : _____

CONTACT 1 Vos proches (Famille, amis, voisins...) pouvant intervenir (Ordre prioritaire)

Madame Monsieur NOM : _____ Prénom : _____
Lien avec l'abonné : _____
Type de gestion : Intervenant Personne à prévenir Intervenant nuit Intervenant jour
N° : _____ Adresse : _____
Code Postal : Ville : _____
Tel fixe : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Tel portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Clé : oui non
E-mail : _____ Temps d'accès : _____ min

CONTACT 2 Madame Monsieur NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec l'abonné : _____

Type de gestion : Intervenant Personne à prévenir Intervenant nuit Intervenant jour

N° : _____ Adresse : _____

Code Postal : Ville : _____Tel fixe : ___/___/___/___/___ Tel portable : ___/___/___/___/___ Clé : oui non

E-mail : _____ Temps d'accès : _____ min

CONTACT 3 Madame Monsieur NOM : _____ Prénom : _____

Lien avec l'abonné : _____

Type de gestion : Intervenant Personne à prévenir Intervenant nuit Intervenant jour

N° : _____ Adresse : _____

Code Postal : Ville : _____Tel fixe : ___/___/___/___/___ Tel portable : ___/___/___/___/___ Clé : oui non

E-mail : _____ Temps d'accès : _____ min

URGENCES

Établissement hospitalier souhaité :

 Clinique Désertines Centre hospitalier Montluçon Autres : _____**ABONNÉ PRINCIPAL****COHABITANT****RÉFÉRENT MÉDECIN TRAITANT** Madame Monsieur

NOM : _____

Ville : _____

RÉFÉRENT MÉDECIN TRAITANT Madame Monsieur

NOM : _____

Ville : _____

RÉFÉRENT SPÉCIALISTE _____ Madame Monsieur

NOM : _____

Ville : _____

RÉFÉRENT SPÉCIALISTE _____ Madame Monsieur

NOM : _____

Ville : _____

RESSOURCES DU FOYER

Déclaration revenu 20__

Annuelles**Mensuelles**

Observations fiscales éventuelles :

Vous _____
 votre conjoint _____
 revenus fonciers _____
 autres revenus _____

Le conjoint est-il en maison de retraite ? oui non Si oui, montant mensuel : _____TOTAL ressources mensuelles : **INTERVENTION**Animaux domestiques Oui Non Autre : _____Chat : Chien : RACE : _____ Résidants dans le foyer : _____

Garde animal : _____

Divers

COURRIER DIFFÉRENT:Envoi différent : Oui Structure : ATM Croix Marine UDAF Autre : _____ Madame Monsieur Lien avec l'abonné : _____

NOM : _____ Prénom : _____

N°: _____ Adresse : _____

Code Postal : Ville : _____

Tel fixe : ___/___/___/___/___ Tel portable : ___/___/___/___/___

DOCUMENTS :Certificat médical pour les personnes âgées de moins de 65 ans : **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :**

Présent document établi en double exemplaires par M./Mme _____

Fait à _____, le ___ / ___ / _____, à nos bureaux , ou autre lieu .**DELTA REVIE 03, par délégation,****Visa de l'organisme ayant établi
par convention le contrat.**Je certifie l'exactitude des renseignements
fournis sur le présent contrat et en
accepte les conditions.**L'abonné :**Faire précéder la signature par
«Lu et Approuvé»