

Ce Formulaire est à compléter et à nous envoyer en lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :

DEDALUS HEALTHCARE France
Service Commercial LIS
Antony Parc 2
10 place du Général de Gaulle
92160 ANTONY

ou par mail à bioserveur.commerce@dedalus.com

INFORMATIONS CONCERNANT L'ABONNE :

Raison sociale

Interlocuteur

Adresse

Code postal, ville

Téléphone

Adresse de messagerie

N° Client

VOTRE DEMANDE DE RESILIATION :

Service(s) à résilier - Laboratoire :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> InVitro Patient Portal (diffusion aux patients) ou Mesanalyses ou HPA | |
| <input type="checkbox"/> Portail patient IVPP dédié au laboratoire | <input type="checkbox"/> Option smartphone patients |
| <input type="checkbox"/> Bioserveur (diffusion aux médecins ou étés) | <input type="checkbox"/> BAL MSSanté Applicative |
| <input type="checkbox"/> Bioserveur IDE (diffusion aux IDE) | <input type="checkbox"/> SMS-R |
| <input type="checkbox"/> Bioserveur preleveur (diffusion ordonnances) | |
| <input type="checkbox"/> BAL MSSanté Organisationnelle | |

- Etablissement : ☐ Compte Bioserveur-Pro (réception des résultats par un établissement)

N° du compte Bioserveur (Finess ou Siret)

Date de fin de contrat souhaitée

(un préavis minimum de 3 mois est applicable à réception de votre demande de résiliation)

Motif de la résiliation

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cessation d'activité | <input type="checkbox"/> Rachat du laboratoire par un groupement |
| <input type="checkbox"/> Coût du service | <input type="checkbox"/> Insatisfaction |
| <input type="checkbox"/> Fin de la collaboration laboratoire/établissement | |
| <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) _____ | |

L'équipe Bioserveur vous confirmera par email la bonne réception et prise en compte de votre demande de résiliation, ainsi que la date effective retenue pour la cloture définitive de votre compte

Fait à _____,
le _____

Signature et cachet du client obligatoire

