



Espace partenaire

[Empty box for partner space]

# Fiche contact



Ligne réservée à Présence Verte

Date du rendez-vous d'installation : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Fiche reçue le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  par courrier  par mail  par téléphone

### Identification du futur abonné(e) (\* champ obligatoire)

Madame  Monsieur

Nom\* : ..... Prénom\* : ..... Date de naissance\* : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Téléphone fixe\* : ..... 2<sup>ème</sup> téléphone : .....

Adresse\* : .....

Etage : ..... Numéro de porte : ..... Interphone :  Oui  Non ..... Code porte : .....

Code postal\* : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Commune\* : ..... Conditions d'accès : .....

Mail : ..... @ .....

### Situation du futur abonné(e) (\* champ obligatoire)

seul(e)  en couple  vit avec sa famille  autre : .....  
Tutelle\* :  Oui  Non Curatelle\* :  Oui  Non

### Réseau de solidarité (\* champ obligatoire)

Constitution du réseau de solidarité\* :  2 personnes  3 personnes  4 personnes ou plus  
Le futur abonné doit impérativement disposer d'un réseau de solidarité composé d'au moins 2 personnes pour la conclusion du contrat de téléassistance

### Environnement du futur abonné(e) (\* champ obligatoire)

Dispose d'une box internet :  Oui  Non Prise de courant à proximité du téléphone :  Oui  Non  
Type d'habitat  maison / avec jardin :  Oui  Non  appartement / avec jardin :  Oui  Non  
Raisons de l'abonnement :  Retour à domicile  Besoin de sécurité, de présence  Chute  Demande de l'entourage

Autre(s) information(s) utile(s) : .....

### Connaissance de Présence Verte

Bouche à oreille  Association d'aide à domicile  Conseil départemental  Résidences pour aînés  Club d'anciens  
 Mairie CCAS  CLIC, coordinations gérontologiques  Caisse de retraite  Professions médicales ou paramédicales  Médias  autres

### Identification du demandeur : (\* champ obligatoire) (si différent du futur abonné)

Nom - Prénom\* : ..... Lien avec le futur abonné\* : .....

Adresse\* : ..... Code Postal - Commune\* : .....

Tel\* : ..... 2<sup>ème</sup> : ..... Mail : .....

Si vous souhaitez que l'on prenne contact avec une autre personne que l'abonné(e) pour fixer le rendez-vous, précisez ci-dessous

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Lien avec l'abonné : .....

Disponibilité (jour / heure) : ..... Mail : .....

Je souhaite recevoir par courriel les offres et actualités Présence Verte

Fait à : .....

Le : / /

Nom et Signature :

[Signature box]



Informations relatives au traitement de données personnelles : Les données recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé sécurisé par Présence Verte, pour les finalités suivantes : prise de contact avec le prospect, préparation du contrat de téléassistance. Votre adresse e-mail est également utilisée par Présence Verte pour vous adresser des offres sur nos produits et des actualités relatives au groupe Présence Verte, avec votre accord. La base légale du traitement est votre consentement et l'intérêt légitime de Présence Verte à faire de la prospection (Cf. article 6.1.a et f du RGPD\*). Les données collectées sont utilisées dans la stricte limite des finalités décrites ci-dessus, et dans le respect des réglementations nationales et européennes. Présence Verte ne revend ni ne communique ces informations à des tiers. Ces données peuvent être communiquées aux autres entités du groupe Présence Verte, dans les seules finalités décrites ci-dessus. En application du RGPD\*, vous disposez sur ces données d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation. Vous pouvez user de ce droit en contactant le service des données personnelles : Présence Verte, Service des données personnelles, 19 rue de Paris, CS 50070, 93013 Bobigny Cedex. \* Règlement UE n°2016/679 du 25 mai 2018, dit Règlement Général de Protection des Données

Pour tout renseignement vous pouvez contacter Présence Verte

Mail : [contact@pvavr.com](mailto:contact@pvavr.com)

(Tel) 04.90.88.42.99

Adresse : 1 place des Maraichers 84056 AVIGNON CEDEX9

## Réseau de solidarité : au minimum 2 personnes pouvant vous secourir rapidement, autres que le médecin et les services d'urgence

1 <sup>ère</sup> personne	Nom : _____		Date de naissance : _____		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	Prénom : _____				Tél. 1 : _____	
	Mail : _____ @ _____				Tél. 2 : _____	
	Adresse : _____				Tél. 3 : _____	
	CP : _____		Commune : _____		Dispose des clés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> enfant		<input type="checkbox"/> famille		<input type="checkbox"/> ami	
	<input type="checkbox"/> voisin		<input type="checkbox"/> aide à domicile		<input type="checkbox"/> autre : _____	
Joignable au téléphone : <input type="checkbox"/> de jour comme de nuit <input type="checkbox"/> de jour uniquement <input type="checkbox"/> de nuit uniquement						

2 <sup>ème</sup> personne	Nom : _____		Date de naissance : _____		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	Prénom : _____				Tél. 1 : _____	
	Mail : _____ @ _____				Tél. 2 : _____	
	Adresse : _____				Tél. 3 : _____	
	CP : _____		Commune : _____		Dispose des clés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> enfant		<input type="checkbox"/> famille		<input type="checkbox"/> ami	
	<input type="checkbox"/> voisin		<input type="checkbox"/> aide à domicile		<input type="checkbox"/> autre : _____	
Joignable au téléphone : <input type="checkbox"/> de jour comme de nuit <input type="checkbox"/> de jour uniquement <input type="checkbox"/> de nuit uniquement						

3 <sup>ème</sup> personne	Nom : _____		Date de naissance : _____		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	Prénom : _____				Tél. 1 : _____	
	Mail : _____ @ _____				Tél. 2 : _____	
	Adresse : _____				Tél. 3 : _____	
	CP : _____		Commune : _____		Dispose des clés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> enfant		<input type="checkbox"/> famille		<input type="checkbox"/> ami	
	<input type="checkbox"/> voisin		<input type="checkbox"/> aide à domicile		<input type="checkbox"/> autre : _____	
Joignable au téléphone : <input type="checkbox"/> de jour comme de nuit <input type="checkbox"/> de jour uniquement <input type="checkbox"/> de nuit uniquement						

Si vous souhaitez que l'on prenne contact avec une autre personne que l'abonné(e) pour fixer le rendez-vous, précisez ci-dessous

Nom : _____		Prénom : _____		Tél : _____	
Lien avec l'abonné : _____					
Disponibilité (jour / heure) _____					

Si votre réseau de solidarité est constitué d'amis ou de voisins, notez ci-dessous, les coordonnées d'un membre de votre famille

Nom : _____			Prénom : _____		
Adresse : _____					
CP : _____		Commune : _____		Téléphone : _____	
Mail : _____ @ _____					