

Fiche de renseignement d'un nouveau client

Cabinet médical individuel ou de groupe

> **Nom complet juridique du cabinet SA ou Sarl :**

Numéro de concordat ou équivalent:

Nom du medecin :

Prénom:

Téléphone:

Adresse mail:

> **Adresse :**

NPA :

Ville :

Fribourg

Fax :

> **Spécialité du médecin :**

Date de la collaboration :

> **Nom de l'assistante du médecin :**

E-mail :

téléphone :

> **Nom du laborato SAire externe : choix 1, choix 2....**

> **Autres informations du cabinet médical :**

Nom du logiciel informatique du cabinet :

Inscription à Openmédical :

OUI

NON

Utilisation de la prescription connectée en ligne :

OUI

NON

Choix du rendu de résultats :

Fax :

Courrier :

Serveur de résultats :

Identifiant :

Mot de passe souhaité :

> **Passage des coursiers :**

Coordonnées Bancaires

> **Nom de la Banque :**

> **Numéro IBAN Account:**

> **Adresse de la banque :**

NPA :

Ville :

Je vous remercie d'avance de m'envoyer ce document à l'adresse :