FICHE CONTACT ADHERENT LES GENERALISTES CSMF

***-10% sur le tarif de l’abonnement 1er mois d’abonnement à -50%***



Partenariat

Tarifs préférentiels

Nom de l’événement *:* Date *: / /*

Prospect Client CLM Client RMI

Nom du contact : Portable :

Prénom du contact : Mail :

Adresse lieu de travail : CP :

Ville :

Type d’établissement :

Cabinet seul MSP Centre de Santé Hôpital Autre :

Spécialité :

Logiciel utilisé : Agenda utilisé :

Configuration

Secrétaire Télésecrétariat Lequel ? : ..................................

Autre :



CCoommeennttaaiirree ::