Une solution globale,
la souplesse en plus

Groupe DENTALVIA-MEDILOR
Imagerie et informatique dentaire Mac et PC

ESET EndPoint Antivirus

L'antivirus pour vos machines professionnel

- Installation et paramétrage réalisé par Dentalvia - Medilor
- Antivirus supervisé à distance par Dentalvia - Medilor
- Mise en quarantaine des fichiers infectés
- Nettoyage de la machine à distance.
- Mise à jour automatique de la base virale
- Antivirus compatible Mac et PC.

BON DE COMMANDE ESET ENDPOINT ANTIVIRUS

Cabinet : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : ____.____.____.____.____ Email : _____

Nombre de poste à protéger	Prix unitaire /Poste/mois	Total mensuel
	3,5 € ttc	

☑ Prestation de l'installation de l'antivirus 18€/poste.
(Déploiement de l'agent ESET, et paramétrage. Prestation payable par prélèvement une seule fois.)

Fait à _____ Le ___/___/_____

Signature et cachet du cabinet :

J'autorise la société Dentalvia-Medilor à prélever la somme de _____ €/mois

Bon de commande à retourner à : administratif@dentalviamedilor.com

Une solution globale,
la souplesse en plus

Groupe DENTALVIA-MEDILOR
Imagerie et informatique dentaire Mac et PC

Mandat de Prélèvement SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante

DENTALVIA MEDILOR
86 Av Louis Roche
92230 GENNEVILLIERS

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société Dentalvia Medilor SAS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Dentalvia Medilor SAS.
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée avec elle.
Une demande de remboursement doit être présentée :

- *dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,*
- *sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.*

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent

Titulaire du compte à débiter	**Identifiant Créancier SEPA :**
	FR57ZZZ576619
Nom Prénom : (*)_____	Nom : Dentalvia Medilor SAS
Adresse : (*) _____	Adresse : 86/114 Avenue Louis Roche
_____	Code Postal : 92230
Code Postal : (*) _____	Ville : GENNEVILLIERS
Ville : (*) _____	Pays : FRANCE

BIC

IBAN

Veuillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Le (*) :

À (*) : _____

Signature (*) :

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note :Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.