

Société : .....  
Nom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tél : .....  
E-mail : .....

**OUI**, je veux avoir l'assurance de la sauvegarde de mes données de santé\*, je profite de l'offre de 12 mois au prix de 20€ TTC /mois seulement au lieu de ~~29€~~, soit **240€ TTC pour les 12 mois.**

*\*Volume maximum des données sauvegardées : 2Go*

Fait à ..... , le .....

*Conditions de règlement : Règlement annuel par chèque  
ou par virement à la commande, à l'ordre d'IPLD*

Bon pour accord, Le Client

Bon pour accord, Le Fournisseur

**SAS I.P.L.D.**  
460 rue Pasteur  
Parc EUROMEDECINE II  
**34790 GRABELS**