|  |
| --- |
| **annexe 2 : donnees relatives aux services de telesecretariat supplementaires** |

**Nom du service télésecrétariat (2):**

Adresse: N°+ Boîte:

Code postal: Lieu:

Période du contrat :

Facture mensuelle : OUI-NON nombre de factures :

Facture annuelle : OUI-NON

Total des frais de services :

**Nom du service télésecrétariat (3):**

Adresse: N°+ Boîte:

Code postal: Lieu:

Période du contrat :

Facture mensuelle : OUI-NON nombre de factures :

Facture annuelle : OUI-NON

Total des frais de services :

**Nom du service télésecrétariat (4):**

Adresse: N°+ Boîte:

Code postal: Lieu:

Période du contrat :

Facture mensuelle : OUI-NON nombre de factures :

Facture annuelle : OUI-NON

Total des frais de services :