

NOM STRUCTURE :

Adresse :	Code postal :
	Ville :
Mail :	Tél :
Nom Prénom Responsable :	Siret :
Nom Prénom Contact :	Mobile :

INFO CLIENT FINAL : Mr Mme Mlle Nom / Prénom :

Pathologie / Niveau lésionnel :	Age :	Poids :	
Attitude : <input type="checkbox"/> R.A.S <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/> Cyphose <input type="checkbox"/> Lordose Penche sur côté <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non / <input type="checkbox"/> Dte <input type="checkbox"/> Gche	Besoin de maintien latéral : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hauteur Humaine :	
Distance épine omoplates au haut du dossier actuel :	Hauteur dossier actuel à la toile d'assise :	Épaisseur coussin :	
Largeur Assise utile :	Profondeur Assise :	Largeur Poitrine : (Rectiligne)	
Achat assise modulaire et évolutive : <input type="checkbox"/> -3ans <input type="checkbox"/> +3ans <input type="checkbox"/> Jamais	Le poids est-il un problème : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Installation seule : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Conduite voiture : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Marque et Modèle Fauteuil : Pliant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date Achat :	Système de propulsion : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, Lequel ?		
Barre horizontale à l'arrière du fauteuil : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Profil : <input type="checkbox"/> horizontal droit <input type="checkbox"/> horizontal cintré <input type="checkbox"/> angle cintré	Hauteur de la barre à la toile d'assise : Distance (déport) Barre à la toile d'assise :		

Informations complémentaires :

	* HAUTEUR DOSSIER	T1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (145 – 165 cm)	T2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (165 – 185 cm)	T3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (185 – 200 cm)
	* LARGEUR D'ASSISE UTILE	S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (34– 40 cm)	M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (39– 45 cm)	L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (44 –50 cm)
SUPPORT PE	GALBE (BAQUET)	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (STANDARD)	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (BAQUET)	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (DOUBLE BAQUET)
	* NOMBRE DE NIVEAUX	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (SUPPORTS LOMBAIRES)	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (DESSOUS OMOPLATE)	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (SUPPORT OMOPLATE)
COLONNE PU	SOUPLESE	A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PLUS SOUPLE)	B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (STANDARD)	C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PLUS RIGIDE)
	ANGLE CAMBRURE	9° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (CYPHOSE, ENROULE)	12° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (STANDARD)	15° <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (LORDOSE, CAMBRE)
FIXATION	Attache V2 Télescopique (700g) Chassie fixe et pliant	F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FIXE (32-48)	A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AMOVIBLE (32-48)	OPTION Déverrouillage Rapide central <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Attache V2 Centrale (200g) Chassie fixe	S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> STANDARD	L <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LONGUE	

« PRODUIT » COMMANDE : Envoyer le :

Retour Prévu le :

Prêt de 7 jour (35€ Frais d'Envoi) Rglmt par VIREMENT CHEQUE N° _____ AUTRE _____ le :

Extension de prêt (30€/Semaine) _____ Semaines – Montant : _____ € VIREMENT CHEQUE N° _____ le :

Raison Extension :

H	L	GALBE	PE		PU1	PU2		PU3	HOUSSE		ATT	ATC	OPTION			
<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> STANDARD <input type="checkbox"/> BAQUET <input type="checkbox"/> DB	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> NOIR	4 ^e SUPP <input type="checkbox"/> HAUT <input type="checkbox"/> BAS	V2 <input type="checkbox"/> 5°	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> 9° <input type="checkbox"/> 12° <input type="checkbox"/> 15°	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 6°	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> GRISE <input type="checkbox"/> ROUGE	<input type="checkbox"/> PRET	<input type="checkbox"/> V2-T F <input type="checkbox"/> V2-T E	<input type="checkbox"/> V2-C C <input type="checkbox"/> V2-C L	<input type="checkbox"/> VERROU CENTRAL
<input type="checkbox"/> CALE PROFONDEUR (X)		<input type="checkbox"/> RALLONGE (X)		<input type="checkbox"/> CALE DE MAINTIEN LATERAL - <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> ENTRETOISES		<input type="checkbox"/> VIS SUPPLEMENTAIRES (X)		<input type="checkbox"/> ADAPTATION		<input type="checkbox"/> CEINTURE DE MAINTIEN				

H	L	GALBE	PE		PU1	PU2		PU3	HOUSSE		ATT	ATC	OPTION			
<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> STANDARD <input type="checkbox"/> BAQUET <input type="checkbox"/> DB	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> NOIR	4 ^e SUPP <input type="checkbox"/> HAUT <input type="checkbox"/> BAS	V2 <input type="checkbox"/> 5°	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> 9° <input type="checkbox"/> 12° <input type="checkbox"/> 15°	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 6°	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> GRISE <input type="checkbox"/> ROUGE	<input type="checkbox"/> PRET	<input type="checkbox"/> V2-T F <input type="checkbox"/> V2-T E	<input type="checkbox"/> V2-C C <input type="checkbox"/> V2-C L	<input type="checkbox"/> VERROU CENTRAL
<input type="checkbox"/> CALE PROFONDEUR (X)		<input type="checkbox"/> RALLONGE (X)		<input type="checkbox"/> CALE DE MAINTIEN LATERAL - <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> ENTRETOISES		<input type="checkbox"/> VIS SUPPLEMENTAIRES (X)		<input type="checkbox"/> ADAPTATION		<input type="checkbox"/> CEINTURE DE MAINTIEN				

H	L	GALBE	PE		PU1	PU2		PU3	HOUSSE		ATT	ATC	OPTION			
<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> STANDARD <input type="checkbox"/> BAQUET <input type="checkbox"/> DB	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> NOIR	4 ^e SUPP <input type="checkbox"/> HAUT <input type="checkbox"/> BAS	V2 <input type="checkbox"/> 5°	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> 9° <input type="checkbox"/> 12° <input type="checkbox"/> 15°	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 6°	<input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> GRISE <input type="checkbox"/> ROUGE	<input type="checkbox"/> PRET	<input type="checkbox"/> V2-T F <input type="checkbox"/> V2-T E	<input type="checkbox"/> V2-C C <input type="checkbox"/> V2-C L	<input type="checkbox"/> VERROU CENTRAL
<input type="checkbox"/> CALE PROFONDEUR (X)		<input type="checkbox"/> RALLONGE (X)		<input type="checkbox"/> CALE DE MAINTIEN LATERAL - <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> ENTRETOISES		<input type="checkbox"/> VIS SUPPLEMENTAIRES (X)		<input type="checkbox"/> ADAPTATION		<input type="checkbox"/> CEINTURE DE MAINTIEN				

Informations complémentaires :

CONDITIONS DE PRET :

1. DEMANDE DE PRET :

• **Fiche Client BtoB** : remplir toutes les informations demandées sur cette fiche. Cette fiche est à demander par mail à direction@evom.eu ou par téléphone au 06 59 18 73 38.

N'hésitez pas à nous contacter au numéro de téléphone ou mail en bas de page de ce document pour plus d'information.

• **Envoyez les documents** par mail à l'adresse direction@evom.eu ou courrier postal à l'adresse indiquée ci-dessous :

evom - 186, rue des Cèdres 34980 Saint-Clément-de-Rivière France

- evom prête ses «produits» sous certaines conditions.
- Le «produit», envoyé par voie postale, est intégralement neuf excepté la housse de prêt.
- **Seule l'acceptation de cette fiche avec le règlement de 35€ validera l'envoi du «produit» de prêt.**

2. EXPEDITIONS PAYANTE :

- L'expédition du «produit» est à la charge de l'emprunteur pour un montant de 35€/Produit.
- Délai de livraison entre 48h et 8 semaines suivant les stocks.
- Dans le carton : copie de la fiche client BtoB, matériels demandés.

3. PERIODE D'ESSAI DE 7 JOURS :

- L'installation se fait soit par vos propres moyens, avec le soutien à distance de nos équipes ainsi qu'avec l'aide de nos tutoriels complets disponibles en ligne ou bien par un technicien d'evom, directement à votre structure ou chez votre client mais avec frais d'installation personnalisé.
- Durant la période d'essai, le «produit» est sous l'entière responsabilité de l'emprunteur signataire, ce qui l'engage au remboursement de ce dernier, en cas de perte ou dégradation ou non restitution dans le délai légal.
- Durant la période d'essai, il n'est prévu aucun ajustement par thermoformage, sauf demande exceptionnelle de la part du client. Cette demande entraîne, à la charge du client, des frais de 40€ TTC. Ces frais, vous seront déduits de la facture à venir à l'acquisition du «produit». Seul un professionnel agréé par la société evom est autorisé à réaliser ces ajustements par thermoformage.

4. FIN D'ESSAI : ACQUISITION ou RETOUR

• **ACQUISITION** : une fois l'essai validé avec votre client, vous gardez le «produit» installé. Seules les housses de prêt sont remplacées par des housses neuves.

⇒ **CONDITIONS DE PAIEMENT pour PSDM / Revendeur :**

- Une remise est applicable uniquement pour les PSDM.
- Règlement comptant pour toutes commandes validées.

• **RETOUR** : si le «produit» ne convient pas, veuillez-nous en informer et nous retourner le colis à :

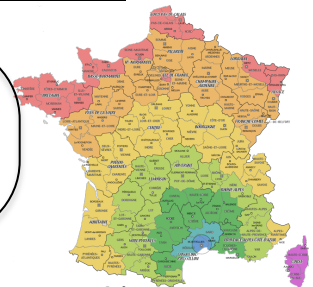
evom - 186, rue des Cèdres 34980 Saint-Clément-de-Rivière.

- Avant la restitution des «produits» à destination de notre société, vous vous engagez à le nettoyer et à le désinfecter afin d'éviter toute contamination.
- Tout retard ou non-respect du renvoi du «produit», la société evom se réserve le droit de demander une indemnité de 30€/semaine de retard.
- Tout retour incomplet ou non restitution du «produit» entraînera une facturation du «produit».

5. TARIFS DES INSTALLATIONS PERSONNALISEES :

60€
90€
130€
180€
240€
310€
390€
SUR DEVIS

Les tarifs sont appliqués uniquement si un technicien evom se déplace.
Cependant le prix est dégressif avec le nombre d'essai dans votre secteur.



6. S.A.V. : Pour un dysfonctionnement (sous garantie) :

- Informez evom du dysfonctionnement, pour diagnostic renvoyez la pièce à :
evom - 186, rue des Cèdres 34980 Saint-Clément-de-Rivière - France.

L'envoi est à la charge du revendeur.

Mettez les éléments suivants dans le carton à nous renvoyer :

Copie de la fiche client BackMove BtoB, la pièce dans un emballage adaptée avec rembourrage.

- Après diagnostic et si le dysfonctionnement rentre dans la garantie, evom vous renvoie à ses frais une nouvelle pièce dans les meilleurs délais, dans la limite des stocks et de la version en cours.
- **Le revendeur se charge du remplacement de la pièce.**

CONDITIONS PARTICULIERES :

Date :

Mme / Mr :

Tampon Structure + Signature précédée de la mention
«Lu et Approuvée, Bon pour Accord»*

*(Attestant la commande du matériel d'essai et approuvant les conditions de prêt).