

## NOM STRUCTURE :

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Nom Prénom Responsable : \_\_\_\_\_ SIRET : \_\_\_\_\_

## INFO CLIENT FINAL: □M □MME □MLLE

Pathologie / Niveau lésionnel : _____	Age : _____		
Attitude : <input type="checkbox"/> R.A.S <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/> Cyphose <input type="checkbox"/> Lordose <input type="checkbox"/> Pence d'un côté : _____	Besoin de maintien latéral : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Poids : _____	
Distance épine omoplates / au haut du dossier actuel : _____	Hauteur dossier actuel / à la toile d'assise : _____	Epaisseur coussin : _____	
Hauteur humaine : _____	Largeur d'assise utile : _____	Largeur poitrine : _____	
Achat assise modulaire et évolutive : <input type="checkbox"/> -3ans <input type="checkbox"/> +3ans	Le poids est-il un problème : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Installation seul : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Conduite voiture : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Marque et Modèle fauteuil : _____	Système de propulsion : _____		
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 : _____		

Informations complémentaires :

## DONNEES BACKMove :

* HAUTEUR DOSSIER		T1 <input type="checkbox"/> O Δ (145 – 165 cm)	T2 <input type="checkbox"/> O Δ (165 – 185 cm)	T3 <input type="checkbox"/> O Δ (185 – 200 cm)
* LARGEUR DOSSIER		S <input type="checkbox"/> O Δ (34 – 40 cm)	M <input type="checkbox"/> O Δ (39 – 45 cm)	L <input type="checkbox"/> O Δ (44 – 50 cm)
SUPPORT PE	GALBE (BAQUET)	0 <input type="checkbox"/> O Δ (STANDARD)	1 <input type="checkbox"/> O Δ (BAQUET)	2 <input type="checkbox"/> O Δ (DOUBLE BAQUET)
	* NOMBRE DE NIVEAUX	3 <input type="checkbox"/> O Δ (SUPPORTS LOMBAIRES)	4 <input type="checkbox"/> O Δ (DESSOUS OMOPLAQUE)	5 <input type="checkbox"/> O Δ (SUPPORT OMOPLAQUE)
COLONNE PU	* COULEUR SUPPORT	N <input type="checkbox"/> O Δ (NOIR)		B <input type="checkbox"/> O Δ (BLANC)
	SOUPLESSE	A <input type="checkbox"/> O Δ (PLUS SOUPLE)	B <input type="checkbox"/> O Δ (STANDARD)	C <input type="checkbox"/> O Δ (PLUS RIGIDE)
FIXATION	ANGLE CAMBRURE	9° <input type="checkbox"/> O Δ (CYPHOSE, ENROULE)	12° <input type="checkbox"/> O Δ (STANDARD)	15° <input type="checkbox"/> O Δ (LORDOSE, CAMBRE)
	* COULEUR HOUSSE	G <input type="checkbox"/> O Δ (GRIS)		R <input type="checkbox"/> O Δ (ROUGE)
Atache V1 Chassie fixe		L2 <input type="checkbox"/> O Δ (34 – 39 cm)	L3 <input type="checkbox"/> O Δ (38 – 43 cm)	L4 <input type="checkbox"/> O Δ (42 – 48 cm)
Atache V2 Télescopique Chassie fixe et pliant		F <input type="checkbox"/> O Δ FIXE (32-48)		A <input type="checkbox"/> O Δ AMOVIBLE (32-48)
Atache V2 Centrale Chassie fixe		S <input type="checkbox"/> O Δ STANDARD		L <input type="checkbox"/> O Δ LONGUE
				OPTION Déverrouillage Rapide central <input type="checkbox"/> O Δ

## « PRODUIT » COMMANDE :

Prêt de 7 jour (35€ l'aller-retour) Envoyer le :

Retour le :

Extention de prêt (30€/Semaine) raison :

Retour le :

H	L	GALBE	PE			PU1		PU2		PU3		HOUSSE		ATT		OPTION	
			□ 3	□ BLANC	4 <sup>e</sup> SUPP	V1	V2	□ 9°	□ a	□ 2°	□ a	□ GRISE	□ PRET	□ V1-L2	□ V2-F	□ V2-C C	
□ T1	□ S	□ STANDARD	□ 3	□ BLANC	4 <sup>e</sup> SUPP	□ HAUT	□ 6°	□ a	□ 12°	□ b	□ 6°	□ b	□ ROUGE	□ NEUVE	□ V1-L3	□ V2-E	□ V2-C L
□ T2	□ M	□ BAQUET	□ 4	□ NOIR		□ BAS	□ 0°	□ b	□ 15°	□ c		□ c		□ V1-L4			VERROU CENTRAL
□ T3	□ L	□ DB	□ 5														
□ CALE PROFONDEUR		□ CALE DE MAINTIEN LATERAL		□ SANGLE TRANSPORT SAC		□ CEINTURE DE MAINTIEN		□ DEMANDE SUR MESURE		□ ADAPTATION							

H	L	GALBE	PE			PU1		PU2		PU3		HOUSSE		ATT		OPTION	
			□ 3	□ BLANC	4 <sup>e</sup> SUPP	V1	V2	□ 9°	□ a	□ 2°	□ a	□ GRISE	□ PRET	□ V1-L2	□ V2-F	□ V2-C C	
□ T1	□ S	□ STANDARD	□ 3	□ BLANC	4 <sup>e</sup> SUPP	□ HAUT	□ 6°	□ a	□ 12°	□ b	□ 6°	□ b	□ ROUGE	□ NEUVE	□ V1-L3	□ V2-E	□ V2-C L
□ T2	□ M	□ BAQUET	□ 4	□ NOIR		□ BAS	□ 0°	□ b	□ 15°	□ c		□ c		□ V1-L4			VERROU CENTRAL
□ T3	□ L	□ DB	□ 5														
□ CALE PROFONDEUR		□ CALE DE MAINTIEN LATERAL		□ SANGLE TRANSPORT SAC		□ CEINTURE DE MAINTIEN		□ DEMANDE SUR MESURE		□ ADAPTATION							

H	L	GALBE	PE			PU1		PU2		PU3		HOUSSE		ATT		OPTION	
			□ 3	□ BLANC	4 <sup>e</sup> SUPP	V1	V2	□ 9°	□ a	□ 2°	□ a	□ GRISE	□ PRET	□ V1-L2	□ V2-F	□ V2-C C	
□ T1	□ S	□ STANDARD	□ 3	□ BLANC	4 <sup>e</sup> SUPP	□ HAUT	□ 6°	□ a	□ 12°	□ b	□ 6°	□ b	□ ROUGE	□ NEUVE	□ V1-L3	□ V2-E	□ V2-C L
□ T2	□ M	□ BAQUET	□ 4	□ NOIR		□ BAS	□ 0°	□ b	□ 15°	□ c		□ c		□ V1-L4			VERROU CENTRAL
□ T3	□ L	□ DB	□ 5														
□ CALE PROFONDEUR		□ CALE DE MAINTIEN LATERAL		□ SANGLE TRANSPORT SAC		□ CEINTURE DE MAINTIEN		□ DEMANDE SUR MESURE		□ ADAPTATION							

Informations complémentaires :

## CONDITIONS DE PRET :

### 1. DEMANDE DE PRET :

- Fiche client BtoB** : remplir les informations demandées sur cette fiche. Cette fiche peut être demandé par mail à [direction@evom.eu](mailto:direction@evom.eu) ou téléchargée sur le site [www.evom.eu](http://www.evom.eu) ou demandée par téléphone au 06 59 18 73 38. N'hésitez pas à nous contacter au numéro et mail en entête de ce document pour plus d'information.
- Envoyez les documents** par mail à l'adresse [direction@evom.eu](mailto:direction@evom.eu) ou courrier postal à l'adresse indiquée ci dessous :  
*EVOM-186 rue des Cèdres – 34980 SAINT CLEMENT DE RIVIERE France*
- evoM prête le « produit » à titre gratuit et les frais d'expédition sont à la charge de la société evoM.
- Le « produit », envoyé par voie postale, est intégralement neuf excepté la housse de prêt. A part demande spécifique.

### 2. EXPEDITIONS PAYANTE :

- L'expédition du « produit » est à la charge de l'« emprunteur » d'un montant de 35€ l'aller-retour. Un bon de retour est joint au colis.
- Délai de livraison entre 48h et 8 semaines suivant les stocks.
- Dans le carton : copie de la fiche client BtoB, manuel d'utilisation, garantie, matériels commandés.

### 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'entièreté 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 au frais de la société evoM.
- RETOUR** : si le « produit » ne convient pas, veuillez utiliser le bon de retour et retourner Le colis à la société **evoM au 186, rue des Cèdres 34980 Saint-Clément-de-Rivière**.
- 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. CONDITIONS DE PAIEMENT :

- PSDM / revendeur** :
  - 30% de remise sont appliqués pour les PSDM.
  - Règlement comptant, avant expédition, pour toutes commandes.
- CENTRE / CHU / CLINIQUE / PSDM** :
  - Des prêts à long terme sont envisageables sur demande de devis.

### 6. 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.



### 7. S.A.V. : Pour un dysfonctionnement :

- Informez evoM du dysfonctionnement après diagnostic.
- Renvoyez la pièce défectueuse à : **EVOM – 186, rue des Cèdres – 34980 SAINT-CLEMENT-DE-RIVIERE FRANCE**. Les frais de port sont à la charge d'evoM. Mettre les éléments suivants dans le carton à nous renvoyer : Copie de la fiche client BACKMove BtoB, produits défectueux et un emballage adapté, remboursement.
- evoM vous renvoie à ses frais un nouveau produit dans les meilleurs délais, dans la limite des stocks et de la version en cours.
- Le revendeur se charge du remplacement de la pièce défectueuse.**

### CONDITIONS PARTICULIERES :

Mme/M :  
DATE :

SIGNATURE ou COCHER CASE :