

1. Informations client

Nom du Cabinet : _____

Représentant (Nom, Prénom) : _____ Email : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____ Fax : _____

2. Équipements Ingénico (tarif TTC)

- | | | |
|---|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lecteur Sesam Vitale Bifente SET-2 - garantie 1 an | : | 180 € x _____ = _____ € |
| <input type="checkbox"/> Lecteur Sesam Vitale PRIUM 4 - garantie 3 ans | : | 265 € x _____ = _____ € |
| <input type="checkbox"/> Lecteur TLA Vital'Act 3S - garantie 3 ans | : | 520 € x _____ = _____ € |
| <input type="checkbox"/> Lecteur IWL 250PEM Santé - garantie 1 an | : | 580 € x _____ = _____ € |
| <input type="checkbox"/> Lecteur VEHIS - garantie 1 an | : | 920 € x _____ = _____ € |



SET-2



PRIUM 4



Vital'Act 3S



IWL 250PEM



VEHIS

3. Règlement

L'ensemble des documents demandés est à retourner par courrier à :

CALIMAPS DrSanté - 11 cours du XXX juillet - 33000 Bordeaux

Documents à fournir

- Bon de commande
- Règlement au choix :
 - o par virement bancaire
IBAN : FR76 1198 9000 0550 0166 0010 124
BIC : POUYFR21
 - o par chèque à l'ordre de CALIMAPS

Bon pour accord, date, signature et cachet