

1. Informations client

Nom du Cabinet : _____ Email : _____

Représentant (Nom, Prénom) : _____ Téléphone : _____

Adresse de facturation : _____ Mobile : _____

2. Votre commande

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lecteur Sesam Vitale Bifente SET-2 - garantie 1 an : | 180 € x ____ = _____ € TTC |
| <input type="checkbox"/> Lecteur Sesam Vitale PRIUM 4 - garantie 3 ans : | 265 € x ____ = _____ € TTC |
| <input type="checkbox"/> Baladeur 2 Ingenico - garantie 2 ans : | 499 € x ____ = _____ € TTC |
| <input type="checkbox"/> Lecteur TLA Vital'Act 3S - garantie 3 ans : | 520 € x ____ = _____ € TTC |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lecteur IWL 250 PEM Santé- garantie 1 an : | 580 € x ____ = _____ € TTC |
| <input type="checkbox"/> Lecteur IWL 250 3G SC Santé - garantie 1 an : | 800 € x ____ = _____ € TTC |
| <input type="checkbox"/> Lecteur VEHS - garantie 1 an : | 920 € x ____ = _____ € TTC |
| <input checked="" type="checkbox"/> Frais de port (livraison en 48H) : | = 10 € |
| | TOTAL = _____ € TTC |

3. Règlement

- Chèque à l'ordre de Medicapp Connect SAS
- Virement IBAN : FR76 3000 4008 3500 0104 4027 823 BIC : POUYFR21

Merci de nous renvoyer ce document **et** votre moyen de paiement :

- Par mail : contact@medicappconnect.com
- Par courrier : Medicapp Connect – 40 Boulevard Henri Sellier – 92150 Suresnes

Signature et date précédées de la
mention « Bon pour accord » :