

## 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 checked="" type="checkbox"/> Lecteur TLA Vital'Act 3S - garantie 3 ans : | 520 € x ____ = _____ € TTC |
| <input 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](mailto:contact@medicappconnect.com)
- Par courrier : Medicapp Connect – 40 Boulevard Henri Sellier – 92150 Suresnes

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