

DATE	ORIGINE RDV	NOM DU CONSULTANT SO'VIES	TÉLÉPHONE	DATE PRÉVUE DE LIVRAISON
10/09/2019	PERSO			/ 09 /2019

RAISON SOCIALE: SAAJ 3	REPRÉSENTÉ PAR <input checked="" type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> MME: AMIRACHE
SIRET: 525107678	TÉL. FIXE: 04 67 21 48 65
ADRESSE: 69 rue Jean Moulin	TÉL. PORTABLE:
CODE POSTAL: 34 500 VILLE: BEZIERS	E-MAIL:
TYPE D'ACTIVITÉE: SALLE DE SPORT	FAX:
ADRESSE DE LIVRAISON: IDEM	

QUANTITÉ	DÉSIGNATIONS	PRIX UNIT. € H.T	MONTANT. € H.T
1	Pack sérénité So'vies, comprenant un Défibrillateur avec sacoche de transport, batterie, paire d'électrodes, et manuel d'utilisation. • l'initiation à l'utilisation du défibrillateur auprès du personnel et référent, • le support de stockage, le kit de panneaux de signalisations, • la trousse de secours (Masque RCP + Gants + Ciseaux + rasoir + serviette), • l'assistant de massage cardiaque So'vies (Cardio Assistant), • la maintenance connectée avec le système MADD, le suivi et renouvellement des consommables*.	55,00€	55,00€
OBSERVATIONS:		<input checked="" type="checkbox"/> LOYER HT (LOCATION)	55,00€
		<input type="checkbox"/> TOTAL € H.T (ACHAT)	
		<input type="checkbox"/> TOTAL T.V.A (ACHAT)	
		<input type="checkbox"/> TOTAL € T.T.C (ACHAT)	

MODALITÉS DE RÈGLEMENT (cochez la case correspondante)

<input checked="" type="checkbox"/> LOCATION	<input type="checkbox"/> COMPTANT
Organisme : M2M FINANCEMENT Nombre de loyers: 63	Acompte à la commande: _____ €
Montant : 55,00 € H.T. <input checked="" type="checkbox"/> MENSUEL <input type="checkbox"/> TRIMESTRIEL	Solde à la livraison: _____ €

CONSULTANT So'vies	Client (à remplir par le Client)
Nom: _____	Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de ventes au verso
Prénom: _____	Pour la société: _____
Fait à : _____	Nom et qualité du signataire: _____
Le: ____ / ____ / ____	Fait à : _____ Le: ____ / ____ / ____
Signature du consultant	Signature du Client précédée de la mention: « Lu et approuvé, Bon pour Commande »
	Cachet de l'entreprise Sur les 2 feuillets