

Concerne : _____ Date : _____

Adresse du Client : _____

No AVS : _____ Date de naissance : _____

Institution : _____ Responsable : _____

A l'essai :

Offre Svp :

Fauteuil roulant manuel :

Chaise de thérapie :

Fauteuil roulant électrique :

Chaise de bain :

