



BON DE COMMANDE RTM

DATE :

PRESCRIPTEUR :

Votre adresse (en lettres capitales)

Adresse de livraison si différente (en lettres capitales)

Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Tél : Email : DATE DE LA COMMANDE :	Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville :
--	--

	TTC	Nombre	TOTAL A PAYER TTC
TARIF 1 paire de RTM	50,00 € X		= €
TARIF 1 paire de RTM montée sur ceinture de maintien	55,00 X		= €
TARIF 1 Ceinture de maintien seule	10,00 X		
			€

CONDITIONS de VENTE

1. Bon de commande **rempli** + Chèque à l'ordre de «**IPC-AP** » (Institut de Posturoception – Atelier Production) à envoyer à l'adresse ci-contre, ou par virement sur demande par mail au service commercial
2. Envoi en courrier Max 2 à 4 jours ouvrables après réception du règlement.
3. Renvoi possible à vos frais du matériel sous 14 jours non utilisé contre remboursement.
4. Frais de port gratuit en France métropolitaine.
5. Contact : **service_commercial@posturoception.com**
6. **Tarifs valables jusqu'au 31/12/2025**

Client

Signature précédée de la mention « Bon pour Accord »

Adresse du courrier

**Institut de Posturoception
Atelier Production
15 rue Lazare HOCHE
49300 CHOLET**