



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 entièrement complété nous indiquant bien votre prescripteur + chèque à l'ordre de «IPC-AP» à envoyer à l'adresse ci-contre.**
2. **ou par virement (demande de RIB par mail à : service_commercial@posturoception.com avec SCAN du bon de commande rempli par vos soins.**
3. Envoi en courrier Max 2 à 4 jours ouvrables après réception du règlement.
4. Renvoi possible à vos frais du matériel sous 14 jours non utilisé contre remboursement.
5. Frais de port gratuit en France métropolitaine.

Client

Signature précédée de la mention « Bon pour Accord »

Adresse du courrier

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