



# BON DE COMMANDE RTM

DATE : 07/09/25

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<br>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](mailto: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**