



**BON DE COMMANDE
NEUROSTIMULATEUR
REHAB X 2**

version juin 2015

PROPRIETAIRE:

NOM :

ADRESSE:

TEL:

MAIL:

NEUROSTIMULATEUR REHAB X 2

DESIGNATION	QUANTITE
NEUROSTIMULATEUR LOCATION / semaine	
<i>INCLUS: cables, piles, 4 pinces croco, guide d'utilisation</i>	
NEUROSTIMULATEUR ACHAT	
ACCESSOIRES	QUANTITE
PACK ELECTRODES MIKAN taille S (3.17x3.8 cm) qtés 8	
PACK ELECTRODES MIKAN taille M (5X5.71cm) qtés 8	
PACK ELECTRODES MIKAN taille L (10.6x5.71cm) qtés 8	
GEL CONDUCTEUR pour électrodes carbone (250 ML)	

Pour obtenir votre appareil 2 Possibilités:

ACHAT: un seul chèque du montant total avec frais d'envoi

LOCATION: deux chèques

1/ Premier chèque de caution de 300 €

2/ Second chèque de règlement pour la durée de la location avec les accessoires et les frais d'envoi

MIKAN
Rue Marie Curie - zone Parc Vendée Sud Loire 1
85600 BOUFFERE
02 51 62 15 73

MISE EN GARDE: Votre chèque de caution vous sera restitué à réception du neurostimulateur en bon état.
Le conditionnement approprié est une enveloppe du même type que l'envoi soit un colissimo au format souple dimension 280 x 210

SARL au capital de 8000€ RCS La roche sur Yon 518 192 37. code APE 4619 B. N°TVA / FR 32 518 192 372
conditions générales: le transfert de propriété de ces marchandises ne sera définitif qu'après paiement complet de la facture
(loi N° 80-335 du 12-05-80). Seul le tribunal de La Roche sur Yon sera compétent en cas de litige.



DOCTEUR VETERINAIRE:

NOM DE L'ANIMAL:

ÂGE:

POIDS:

RACE:

PATHOLOGIE A TRAITER:

PATHOLOGIE CONCOMITENTE:

Cochez le traitement corespondant:

ANTALGIQUE

TRAITEMENT AMYOTROPHIE

RENFORCEMENT MUSCULAIRE

Recommandations:

PROGRAMME A UTILISER:

INTENSITE:

DUREE:

NBRE DE SEANCES:

**PRESCRIPTION
NEUROSTIMULATEUR**



tampon

SIGNATURE