Hexamed matériel médical

Livraison de Mobilier Médical
Prestation Livraison

Suite à votre demande / commande n° .....

Merci de nous retourner ce formulaire complété afin de préparer votre livraison

A nous retourner par fax au 09 72 28 38 40 ou par mail à serviceclients@hexamed.fr

Sans reprise d'un ancien matériel : ☐

Avec reprise d'un ancien matériel : ☐

Modèle : .....
Marque : .....
Dimensions (L x l x h) : .....
Poids : .....

☐ Livraison en RDC | ☐ Livraison en étage, précisez .....

Adresse de livraison et contact

Nom de la Société : .....
Rue : .....
.....
Code postal : ..... Ville : .....
Nom : ..... Prénom : .....
Téléphone fixe : .....
Portable : .....
E-mail : .....
Horaires d'ouverture : .....

Accessibilité du site de livraison

Accès camion de 3.5 T : ☐ Oui ☐ Non
Accès camion de 19 T : ☐ Oui ☐ Non

Présence d'un parking : ☐ Oui ☐ Non

Autorisation spécifique : ☐ Oui ☐ Non

Si vous ne savez pas répondre à cette question, merci de contacter la police municipale de votre ville (information indispensable)

Contraintes d'accès supplémentaires : .....
.....
.....

Lieu de livraison

Accès au bâtiment via une rampe avec marches : ☐ Oui ☐ Non

Si livraison en étage :

Ascenseur / Monte-charge : ☐ Oui ☐ Non

⇨ Dimensions de la porte (Hauteur x largeur) : ..... x ..... cm

⇨ Dimensions intérieures (L x H x P) : ..... x ..... x ..... cm

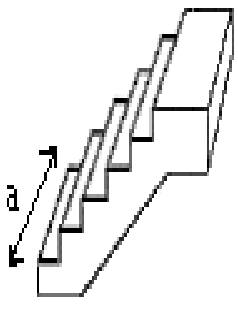
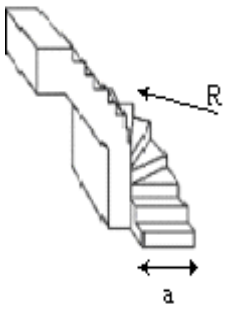
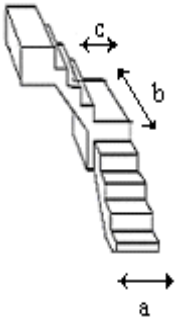
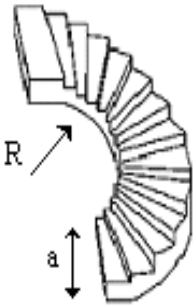
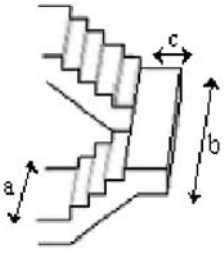
Escalier : ☐ Oui ☐ Non

⇨ Combien d'escaliers, marches ou paliers se trouvent entre le lieu de déchargement et le lieu d'installation ?
.....

⇨ Type (voir schémas ci-dessous) : .....

⇨ Dimensions (voir schémas ci-dessous) : a : ..... cm - b : ..... cm - c : ..... cm

Hauteur (marche-plafond) : ..... cm

A	B	C	D	E
				

Hexamed matériel médical

Livraison de Mobilier Médical
Prestation Livraison

Lieu de livraison (suite)

Couloirs : ☐ Oui – Combien : ……. ☐ Non

	Couloir 1	Couloir 2	Couloir 3	Couloir 4
Largeur en cm				
Type (colimaçon, droit,…)				

Portes : ☐ Oui – Combien : ……. ☐ Non

	Porte 1	Porte 2	Porte 3	Porte 4
Hauteur en cm				
Largeur en cm				

Obstacles : ☐ Oui ☐ Non

Exemples : comptoir, angles difficiles, …

Descriptif : ……

……

Renseignements complémentaires

MESSAGE IMPORTANT

Si les renseignements ci-dessus ne s'avèrent pas exacts, Hexamed se verra dans l'obligation de facturer un supplément qui variera suivant les moyens mis en œuvre pour livrer et/ou reprendre les mobiliers. En cas d'impossibilité de livrer aux dates et heures prévues, les coûts engagés restent à votre charge. Aucune livraison ne sera effectuée sans ce document complété.

ATTENTION : Tout dossier incomplet fera l'objet d'un complément d'information pouvant entrainer un délai supplémentaire dans le traitement de votre commande

Nom : …… Date : ……

Signature et cachet commercial du client :