Cimis
Tél.04.72.69.70.80 www.cimis.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DEVIS

Demandeur :
A renseigner uniquement si vous êtes intermédiaire : professionnel de santé ou proche du bénéficiaire.
Nom de votre établissement :
Nom :
Prénom :
Fonction :
Téléphone :
Mail :

Bénéficiaire :
Le devis sera établi au nom du bénéficiaire.
Nom de votre établissement :
Nom :
Prénom :
Adresse :
N° :
Nom de la rue :
Complément d'adresse :
Code Postal :
Ville :
Téléphone :
Mail :

Adresse mail d'envoi du devis, *veuillez cochez la/les case(s) :*
☐ Demandeur
☐ Bénéficiaire

Articles sélectionnés :

Nom de produit (libellé exact)	Qté	PRIX