



Tél.04.72.69.70.80 www.cimis.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE A DISPOSITION DE MATERIELS

Demandeur :

A renseigner uniquement si vous êtes intermédiaire : professionnel de santé ou proche du bénéficiaire.

Nom de votre établissement :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

N° :

Nom de la rue :

Complément d'adresse :

Code Postal :

Ville :

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 de la convention de mise à disposition, veuillez cocher la/les case(s) :

Demandeur

Bénéficiaire

Articles demandés à l'essai parmi la liste proposée sur le site :

Nom de produit (libellé exact)	Qté	PRIX

Durée de mise à disposition :

Une semaine

Deux semaines