

Ce formulaire doit IMPERATIVEMENT être accompagné de la fiche de mesure du fauteuil.

Adresse de facturation :
 Nom :
 Adresse :
 Ville : Code postal :
 E-mail :
 Tel : Fax :

Adresse de livraison :
 Nom :
 Adresse :
 Ville : Code postal :
 E-mail :
 Tel : Fax :

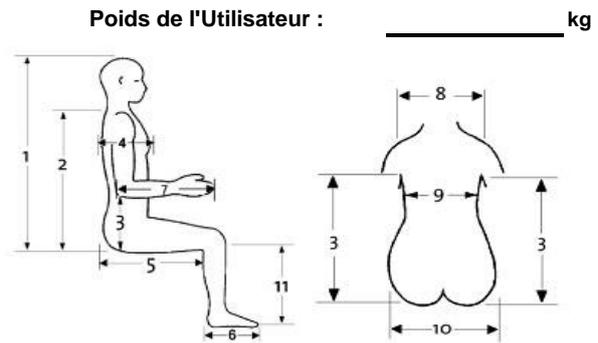
Date de Commande :
 Bon de Commande :
 Votre Ref :

Encodage :
 Numéro de commande Sunrise :

Description de la demande de la fabrication speciale : (dessins, croquis, etc., aide à comprendre votre demande)

Si possible, quelques photos de l'Utilisateur (position dans son fauteuil actuel).

Dimensions de l'Utilisateur		cm
1	Du haut de la tête à l'assise	
2	Du haut de l'épaule à l'assise	
3	Aisselle à l'assise	
4	Profondeur du buste	
5	Profondeur d'assise	
6	Longueur du pied	
7	Longueur de bras	
8	Largeur épaule à épaule	
9	Largeur de poitrine	
10	Largeur de bassin	
11	Longueur de jambe gauche	
12	Longueur de jambe droite	



Informations complémentaires

Toutes informations pouvant aider l'équipe Built-4-Me à comprendre le(s) besoins actuel(s) ou futur(s) de l'Utilisateur pour fournir la meilleure solution.

Fauteuil roulant actuel : nom de produit (manuel ou électrique, position roue motrice, etc.)

Environnement de l'Utilisateur : (contraintes intérieurs, usage extérieur, type de terrain, trottoirs, pentes, etc.)

Activités sociales de l'Utilisateur : (Temps passé dans le fauteuil par jour, activité professionnelle, école, conduite d'un véhicule, etc.)

Service Clientèle Sunrise Medical
 Tél.: +32 (0)2 588 23 71
 E-mail: commandes@sunrisemedical.be

Pour plus d'information
 visiter notre website
www.sunrisemedical.be
 © Sunrise Medical 2024