

DEVIS TECHNIQUE SERVICE D'INSTALLATION

DATE : _____

PROFIL DE L'USAGER : _____

CODE DE PRIORITÉ

- ☐ P1 (urgent)
☐ P2 (priorité élevée)
☐ P3 (priorité modérée)

CLIENT : _____
OBLIGATOIRE Nom Téléphone

ADRESSE DU CLIENT : _____
OBLIGATOIRE No civique Rue Ville Code postal

INTERVENANT : _____
OBLIGATOIRE Nom Téléphone Poste

PRÉSENCE DE L'INTERVENANT REQUISE : ☐ OUI ☐ NON

OBLIGATOIRE LORS D'INSTALLATION DE PÔLE

REMARQUES : _____

UNE PHOTO DÉSIGNANT
L'EMPLACEMENT DÉSIRÉ PEUT
ÊTRE JOINTE À VOTRE DEMANDE _____

BARRE D'APPUI

	SÉLECTIONNER UNE GRANDEUR PAR LIGNE							INSTALLATION**	MARQUE AU MUR
	J L *								
1 ^{RE} BARRE D'APPUI	☐ 12	☐ 16	☐ 18	☐ 24	☐ 32	☐ J	☐ L	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
***SECOND CHOIX	☐ 12	☐ 16	☐ 18	☐ 24	☐ 32	☐ J	☐ L		
2 ^E BARRE D'APPUI	☐ 12	☐ 16	☐ 18	☐ 24	☐ 32	☐ J	☐ L	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
***SECOND CHOIX	☐ 12	☐ 16	☐ 18	☐ 24	☐ 32	☐ J	☐ L		
3 ^E BARRE D'APPUI	☐ 12	☐ 16	☐ 18	☐ 24	☐ 32	☐ J	☐ L	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
***SECOND CHOIX	☐ 12	☐ 16	☐ 18	☐ 24	☐ 32	☐ J	☐ L		

PRÉCISER LE TYPE DE REVÊTEMENT DU MUR _____

*LES BARRES D'APPUI EN « L » ET « J » ONT UNE DIMENSION DE 16X24"

** SI L'INSTALLATION N'EST PAS REQUISE, LA LIVRAISON SE FAIT EN CLSC. LES FORMATS 16, 18 ET 24" SONT DISPONIBLES SANS INSTALLATION EN CLSC.

***UN SECOND CHOIX DE FORMAT DE BARRE D'APPUI EST DEMANDÉ AFIN DE PERMETTRE UNE LATITUDE AU TECHNICIEN S'IL EST IMPOSSIBLE D'INSTALLER LE PREMIER CHOIX ET, AINSI, ÉVITER UN DEUXIÈME DÉPLACEMENT.

POLE PLAFOND-PLANCHER

	SUPER BARRE	EXTENSION	À INSTALLER	DÉJÀ FIXÉE	À COUPER
1 ^{RE} POLE	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
2 ^E POLE	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
3 ^E POLE	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

LIEU DE RÉCUPÉRATION : _____
SI APPLICABLE Nom de l'établissement

ADRESSE COMPLÈTE : _____
No civique Rue Ville Local

CONTACT : _____
Nom Téléphone Poste

TRANSMETTRE CE FORMULAIRE À: chantal.mccray@medicus.ca