

Solutions et services pour les professions de la santé

LIVRAISON

Numéro de facture

ADRESSE DE LIVRAISON

Nom de l'établissement

Adresse (numéro civique et rue)

Ville

Province

Numéro de compte

Numéro de suite ou de bureau

Code postal

PERSONNE RESPONSABLE DE LA LIVRAISON

Nom

Prénom

Téléphone

Poste

Cellulaire

Courriel

DATE

Souhaitée

Confirmée

SPÉCIFICATIONS

Le lieu de livraison est-il en construction/rénovation ? OUI NON

Y a-t-il un quai de livraison ? OUI NON

Si non un camion muni d'une plaque élévatrice effectuera la livraison.

À quel étage ? RDC sous-sol étage(s) _____

Y a-t-il des escaliers ? NON normaux escarpés étroits

Y a-t-il un ascenseur ou monte-charge disponible lors de la livraison et assez grand pour contenir les équipements ? OUI NON

S'agit-il d'une :

Livraison directement du manufacturier (Drop ship)

Livraison standard à un quai de déchargement

Livraison standard sans quai de déchargement (Tail gate)

Livraison avec l'équipe de Dufort et Lavigne
(Dans un rayon de 100 km du bureau de Montréal-Est)

Faut-il reprendre les cartons et/ou les palettes ? OUI NON

SECTION RÉSERVÉE AU SERVICE TECHNIQUE

MATÉRIEL ET MAIN-D'ŒUVRE À PRÉVOIR

Personnel additionnel ? NON OUI

Combien d'hommes ?

Courroies

OUI NON

Diable

OUI NON

INSTALLATION (CE QUE DUFORT ET LAVIGNE DOIT INSTALLER)

- TRANSFORMATEUR MURAL
- ENSEMBLE À DIAGNOSTIC
- DISTRIBUTEUR MURAL DE SPÉCULUMS
- SPHYGMOMANOMÈTRE (AU MUR)
- THERMOMÈTRE WELCH ALLYN (AU MUR)
- TABLE D'EXAMEN ET DESSUS DE TABLE
- PATINS DE TABLE MIDMARK
- PÈSE-PERSONNE

- SUPPORT POUR LAMPE WELCH ALLYN
 - TABLE MIDMARK
 - MUR
- SUPPORT POUR LAMPE LUXO
 - TABLE MIDMARK
 - MUR

La lampe Luxo, bien que plus économique que la lampe Welch Allyn, nécessite DEUX dispositifs de fixation si elle est mise à une table.

- Plan d'installation JOINT OU Personne responsable sur place LA JOURNÉE DE L'INSTALLATION

Information complémentaire _____

Il nous est formellement interdit de faire des raccords au circuit électrique d'un bâtiment.

APPROBATION

CLIENT

Nom _____ Titre _____

REPRÉSENTANT

Nom _____ Date _____

SECTION RÉSERVÉE À DUFORT ET LAVIGNE

SERVICE DES SOUMISSIONS

Approuvé par _____

Date _____

SERVICE TECHNIQUE

Approuvé par _____

Date _____