

FICHE DE LIAISON COMMANDE DE MATERIEL MEDICAL

Cliquez dans les cases à remplir pour fournir vos informations.

Date		Numéro	
------	--	--------	--

La demande

Objet de la demande	
Entreprise	
Adresse	
Contact e-mail	
Contact téléphone	

Nom du client	
Adresse	
Contact e-mail	
Contact téléphone	

Le suivi

Date / Prise de contact	
Date RDV client	

Matériel médical commandé

À l'achat	
À la location	
Montant de la transaction HT	
Calcul de la commission Apporteur d'Affaires	
Matériel à l'achat	
Matériel à la location (récurrent)	