



Etablissement / Service

DEMANDE D'INTERVENTION

Confirmation de l'appel téléphonique

TRANSPORTEUR : TRANS-MÉDI-SERVICE

Tél : 03.20.08.24.60

Fax : 03.20.09.60.94

ENLEVEMENT :

Etablissement / Services	
Adresse	
N° Téléphone	
N° Télécopie	

DATE D'ENLEVEMENT SOUHAITEE

HEURE D'ENLEVEMENT SOUHAITEE

HEURE DE LIVRAISON SOUHAITEE

LIVRAISON :

Etablissement / Services	
Adresse	
N° Téléphone	
N° Télécopie	

NATURE ET NOMBRE DE PRODUITS

Echantillons de diagnostic	Dossier médical	Matériel	Autre : "Préciser"

Intervention demandée par : (nom lisible)

Signature et Cachet :