

**DEMANDE DE PRET SPACERS TEMPORAIRES
PREMOULES
AVEC ANTIBIOTIQUE**

SERVICE CLIENT de 9h-12h30 et 13h30-17h

ETABLISSEMENT			
Adresse établissement	Date de la demande		
	Date de l'intervention	____/____/____	
	Date de Livraison	____/____/____	
Lieu de Livraison		Chirurgien opérateur	
Nom et Prénom du Correspondant	Tel :		
	Fax :		
	Mail :		

GAMME SPACERS PREMOULES		TAILLES	
GENOU	DROIT	58 – 65 - 79	<input type="checkbox"/>
	GAUCHE	58 – 65 - 79	<input type="checkbox"/>
HANCHE	OU	TYPE MÜLLER	<input type="checkbox"/>
		TYPE CHARNLEY	<input type="checkbox"/>
	CHARNLEY XL - Lg 250 mm		48 XL - 56 XL
EPAULE	TYPE NEER	40 - 48	<input type="checkbox"/>

KIT ACCESSOIRES FOURNI POUR TOUTE DEMANDE DE PRÊT DE SPACER		
Ciment 1G (avec gentamicine)	<input type="checkbox"/>	2 unités
Bol à ciment & spatule	<input type="checkbox"/>	1 unité
Kit Système de Lavage Pulsé	<input type="checkbox"/>	1 unité

NB : EN CAS DE RETOUR DE LA TOTALITE DES SPACERS COMMANDES, DES FRAIS DE TRANSPORT ET DE LOGISTIQUE SERONT FACTURES 60€ HT.

Bon pour accord. NOM, CACHET ET SIGNATURE