

**Veillez également remplir le bon de commande du produit de référence (de la construction spéciale)**

Adresse de facturation:	
Société:	
Rue:	
NPA/Lieu:	
Fon:	Fax:
Commission:	

Adresse de livraison:	
Société:	
Rue:	
NPA/Lieu:	
Fon:	Fax:
No de commande de Sunrise Medical:	

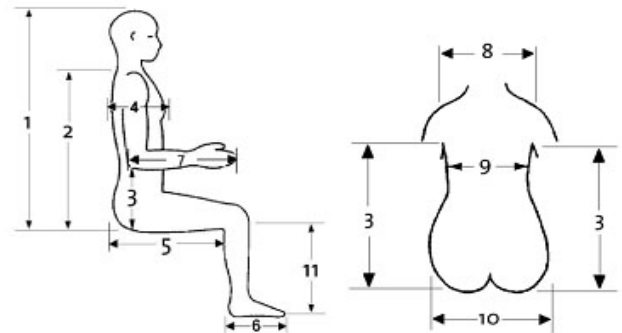
**Description de la construction spéciale:** (dessins, esquisses, etc. peuvent être très utiles!)

**Si possible, ajoutez des images de votre position d'assise dans le fauteuil roulant**

**Informations personnelles** cm

Type du handicap		
1	Sommet de la tête à surface assise	
2	Sommet des épaules à surface assise	
3	Dessous des avant-bras à surface assise	
4	Profondeur de la poitrine	
5	Longueur de la cuisse	
6	Longueur du pied	
7	Longueur du bras	
8	Largeur des épaules	
9	Largeur de poitrine	
10	Largeur des hanches	
11	Longueur de jambe droite	
11	Longueur de jambe gauche	

**Poids:**



**Autres infos importantes** Cela aidera énormément nos experts à comprendre vos besoins actuels/futurs et de vous fournir la meilleure solution.

**Fauteuil roulant actuel:** Nom du produit (manuel ou électrique, position des roues arrières, etc.)

**Environnement** (restrictions à l'intérieur, l'usage à l'extérieur, surfaces, bordures, pentes, etc.)

**Activités** (combien d'heures par jour dans le fauteuil roulant? travail ou école? automobiliste? etc.)