**Bon de commande**

**Personne de contact :**

**Gsm : E-mail :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ambulances**(Nombre déterminé en fonction de la discipline) | **Lieu de rendez-vous précis de(s) ambulance(s) :** | **Coordonnées GPS****(Joindre plan d'accès des spéciales)** | **Heure de présence souhaitée \*** | **Heure de fin \*\*** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **Shakedown/TD** |  |  |  |  |
| **PC ambulance** |  |  |  |  |

\* heure à laquelle l’ambulance doit être présente pour le contrôle médical

\*\* départ de(s) ambulance(s) 15 minutes après le passage de la dernière voiture au TRC

Notre offre pour votre manifestation :

**DATE :** Le …/…/…. pour une prestation de 12h maximum

* ….…… ambulance(s) équipée(s) aux normes 112 et …………. ambulanciers 112
* 1 PC "Ambulances"

Total TTC …………… € par ambulance & ………… € pour l'éventuel PC "Ambulances"

 **Total TTC pour les prestations …………………... €**

**Les modules sont des forfaits tarifaires de 12 heures de prestation maximum, toute heure supplémentaire sera prise en compte sur la facture finale**

Paiement : comptant Fait à ………………, le / /2023

 Signature :

**Bon de commande à nous retourner signé pour accord au minimum deux mois avant la manifestation avec toutes les informations nécessaires au bon déroulement de l’évènement, par mail :**

**philippe.gillet@ambuce.be**

**Merci de bien vouloir vérifier les données reprises ci-dessus et d’effectuer les modifications, si nécessaire**

Date : Nom et prénom :

Coordonnées facturation : Signature :