



## DEMANDE D'ACCES INVACARE® PRO

Rempli par :	Date :	
Code client : Si inconnu, veuillez remplir les coordonnées ci-dessous		
Société :		
Adresse 1 :		
Adresse 2 :		
Code Postal :	Ville :	
Pays :		
<b>Un compte personnel doit être créé pour chaque utilisateur de l'Invacare® Pro.</b> <i>N'oubliez pas que la sécurité du système est basée sur l'attention que vous portez à remplir ce formulaire</i>		
<b>Compte N° 1</b>		
Civilité :	Nom :	Prénom :
Adresse E-mail :		
Mot de passe (max 25 caractères) :		
Fonction :		
Téléphone :	Fax :	
Portable :		
<b>Compte N° 2</b>		
Civilité :	Nom :	Prénom :
Adresse E-mail :		
Mot de passe (max 25 caractères) :		
Fonction :		
Téléphone :	Fax :	
Portable :		
<b>Compte N° 3</b>		
Civilité :	Nom :	Prénom :
Adresse E-mail :		
Mot de passe (max 25 caractères) :		
Fonction :		
Téléphone :	Fax :	
Portable :		

Nous vous contacterons ultérieurement pour vous proposer une formation téléphonique.