

CONTRAT DE LOCATION



ENTRE LES SOUSSIGNÉS,

La société « **PROXISANTE** », SARL au capital de 1 000 euros, dont le siège social est situé 13-15 rue des Amériques – 94370 Sucy en Brie, immatriculée au RCS de Créteil, sous le numéro SIREN 898 058 664, représentée par Monsieur Armand PASTOREL, en sa qualité de Gérant,

ci-après dénommée le « Loueur » ou « PROXISANTE »,

d'une part,

ET

* Personne physique = Locataire

..... (prénom)..... (nom), demeurant à
..... (adresse),

ci-après dénommée le « Locataire », ou « PRENEUR »

D'autre part,

ci-après dénommées conjointement « Les Parties »,

1. EQUIPEMENTS ET OPTIONS :

- Sommeil :

Equipements	Accessoires	Prestations supplémentaires
<input type="checkbox"/> PPC AIRSENSE 10 Resmed	<input type="checkbox"/> Humidificateur Airsense 10	<input type="checkbox"/> Aide à la mise en place
<input type="checkbox"/> PPC BMC Auto G3A20 avec humidificateur	<input type="checkbox"/> Humidificateur Airmini Resmed	<input type="checkbox"/> Etablir un rapport d'observance (à la fin de la location)
<input type="checkbox"/> PPC Voyage AIRMINI Resmed	<input type="checkbox"/> Humidificateur BMC Mini	<input type="checkbox"/> Suivi de l'observance et conseils personnalisés
<input type="checkbox"/> PPC Voyage BMC M1 MINI		

- Oxygénothérapie :

Equipements	Accessoires
<input type="checkbox"/> FREESTYLE COMFORT-CAIRE	<input type="checkbox"/> Lunettes nasales à oxygène
<input type="checkbox"/> ECLIPSE 5	

2. ADRESSE DU LOCATAIRE/PRENEUR ET COORDONNEES :

Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
CP :	Ville :
Tel Fixe :	
Tel portable :	
Mail :	

3. TARIF DES PRESTATIONS DE SERVICE ET OPTIONS

Les tarifs indiqués sont payables par avance durant toute la durée du contrat.

Catégorie	Dispositif médical	Durée	Location	Caution
SOMMEIL	PPC AIRSENSE S10 avec humidificateur	1er mois	180 €	180 €
	AIRMINI RESMED	Semaine supplémentaire	45 €	
	PPC BMC G3A20 avec humidificateur	1er mois	140 €	180 €
	BMC M1 MINI	Semaine supplémentaire	35 €	

OXYGENOTHERAPIE	FREESTYLE COMFORT-CAIRE	1er mois	250 €	1 000 €
		Semaine supplémentaire	45 €	
	ECLIPSE 5	1 ^{er} mois	250 €	1 500 €
		Semaine supplémentaire	45 €	

OPTIONS	Lecture rapport après location	Toutes durées	GRATUIT	
	Suivi de l'observance avec conseils personnalisés		15 €	

Montant du dépôt de garantie :

- Sommeil : 180 € TTC (euros)
- Oxygénothérapie : 1000 € ou 1500 € TTC (euros)

Frais complémentaires : Frais de livraison

4. DUREE

Date d'effet du contrat :	Durée du contrat :
Début/...../.....	<input type="checkbox"/> 1 mois
Fin/...../.....	<input type="checkbox"/> + 1 semaine
	<input type="checkbox"/> + 2 semaines
	<input type="checkbox"/> + 3 semaines
	<input type="checkbox"/> 2 mois
	<input type="checkbox"/>

5. MODALITÉS ET DÉLAIS DE PAIEMENT

Les factures sont adressées électroniquement chaque mois à l'adresse suivante fournie par le Locataire :@.....

Il appartient au Locataire de communiquer au Fournisseur tout changement d'adresse.

Délai de règlement : à la commande de la location

Mode de règlement : Carte bancaire
 Virement bancaire
 Chèque
 Paypal

Le virement doit comporter le nom du fournisseur associé au numéro de facture correspondant. Le Client fournira une preuve de virement au Fournisseur si celui-ci le demande.

Les paiements par virement ou par chèque devront être encaissés avant le début de la date de location et de l'envoi du matériel.

Le dépôt de garantie sera encaissé au même titre, avant le début de la date de location et de l'envoi du matériel, et fera l'objet d'un remboursement suite à la restitution du matériel, en bon état.

Fait en 2 (deux) exemplaires, A Le...../...../.....	
Signature des parties	
Le Loueur PROXISANTE : P/0	Le Locataire : Le cas échéant, Le Preneur :