SAGIMECA
ENSEIGNE ET SIGNALETIQUE

ZAC de la courtillière
3, rue de la Noue Guimante
77400 ST-THIBAULT-DES-VIGNES
tél. 01 64 30 32 05 • fax 01 60 07 50 48
contact@sagimeca.com

AMBULANCES JUSSIEU
Monsieur R. CONIN
25, rue St Adelaïde
78000 VERSAILLES

**E-mail : rconin@ch-versailles.fr**

**DEVIS N° 2012-815**

COMMERCIAL: Monsieur Eric Goeffon 06 80 02 62 33
**E mail: e.goeffon@sagimeca.com**

Saint-Thibault des Vignes,
Le 9 mai 2012

**Objet :** ADHESIFS VEHICULES - RETRO REFLECHISSANT

| DESIGNATION | QTE | PU | PRIX HT |
|---|---|---|---|
| **Fourniture de 3 caducés**<br>Diamètre 400 mm<br>Coloris bleu / blanc<br><br>**Fourniture de 5 adhésifs**<br>"Logotype Téléphone + 15"<br><br>Dimensions de :<br>**- 230 x 360 mm**<br><br>**Fourniture de 5 adhésifs transferts**<br>Coloris bleu<br>"SAMU 78"<br><br>Dimensions de :<br>**- 900 x 160 mm**<br>**- 1 800 x 280 mm**<br>**- 1 900 x 300 mm**<br><br>**- 1 300 x 200 mm**<br>**Quantité : 2**<br><br>**Fourniture de 2 adhésifs transferts**<br>Coloris bleu<br>"MEDECIN"<br><br>Dimensions de :<br>**- 600 x 160 mm**<br>**- 1 000 x 190 mm** | | | |

| DESIGNATION | QTE | PU | PRIX HT |
|---|---|---|---|
| **Fourniture de 2 adhésifs transferts**<br>Coloris bleu<br>"CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES"<br><br><u>Dimensions de</u> :<br>**- 3 100 x 180 mm** m m 150<br>**- 1 850 x 120 mm** 180 m m 150 | | | |
| **Fourniture de 2 adhésifs transferts**<br>Coloris bleu<br>"SERVICE MOBILE D'URGENCE ET DE DE REANIMATION"<br><br><u>Dimensions de</u> :<br>**- 3 100 x 180 mm** m 1ko<br>**- 1 850 x 120 mm** 50 mini | | | |
| **Fourniture de 3 adhésifs transferts**<br>Coloris bleu<br>"V05"<br><br><u>Dimensions de</u> :<br>**- 200 x 70 mm** | | | |
| **Fourniture de 40 adhésifs transferts**<br>**Coloris blanc**<br>**"T01" à "T20"**<br>**"P01" à "P20"**<br><br><u>Dimensions de</u> :<br>**- 80 x 30 mm** | | | |
| **L'ensemble réalisé - livré** | 1 | 426,00 € | 426,00 € |
| **Montant HT**<br>**TVA 19,6 %**<br>**MONTANT TTC** | | | **426,00 €**<br>**83,50 €**<br>**509,50 €** |

**DELAIS**: 2 semaines après réception de votre commande et validation des maquettes et devis

**REGLEMENT** : 50 % d'acompte à la commande - le solde à réception de facture

**VEUILLEZ NOUS PRECISER L'ADRESSE DE FACTURATION EN CAS DE COMMANDE**

*La validité de notre offre s'entend pour une durée de deux mois et sera révisée en fonction des hausses éventuelles des matières premières.*

Merci de bien vouloir nous retourner un exemplaire signé et revêtu de la mention ***« BON POUR ACCORD » plus votre cachet***

**SAGIMECA NC**
**E. GOEFFON**

**POUR LE CLIENT**
**BON POUR ACCORD**

| AMDT AMBULANCE - MAINTENANCE - DEVELOPPEMENT - TECHNIQUE | PROCESSUS SAV | N° R10-L01-EN03 ind. 3 |
|---|---|---|
| | FICHE DE RENSEIGNEMENTS | Page : 1/1<br>Crée le : 16/01/07<br>Revu le : 21/04/09 |

| RECLAMATIONS ☐ | PIECES DETACHEES ☐ | | DATE : |
|---|---|---|---|
| GARANTIE ☐ | CONTRAT ENTRETIEN ☐ | FRAIS REELS ☐ | 13/12/13 |

MERCI DE RETOURNER CE DOCUMENT PAR FAX AU 02.37.48.36.25

| **Référence Atelier :** _____<br>(Case à renseigner par AMDT) | **N° de Demande :** _____<br>(Case à renseigner par AM VF1EDVH53578528DT) |
|---|---|

**A RENSEIGNER PAR LE CLIENT :**

**Nom du client** : JUSSIEU……

Personne à contacter : CONIN ☏ : 01 30 84 96 32 ou 06 08 04 05 85

Adresse : SAMU 78 SMUR VERSAILLES
……

**Lieu d'intervention / contact :** ……

**VEHICULE** : master renault Année :2012……

Immatriculation : CE-813-HL Kilométrage : ……

N° de série (n° de cellule) : …… N° de châssis VF1VAE4FC46555762

**Objet de la réclamation ou descriptif des pièces détachées souhaitées :**

VOUS POUVEZ EGALEMENT ENVOYER VOS PHOTOS A : **amdt@tib.fr**

Chauffage additionnel de la cellule HS
Demande de remplacement
……
……
……
……
……
……
……
……
……

N° tel direct 02 37 48 38 50

| Nom, visa et cachet du client :<br>René CONIN<br>Responsable Ambulancier<br>SAMU 78<br>Centre Hospitalier de Versailles | Demande d'intervention Nom du technicien : ☐<br>(l'intervention d'AMDT nécessite le retour de ce document |
|---|---|

**S.A.S. T.I.B Tolerie Industrielle de Brezolles**
**☏ 02 37 48 38 50 - 🖷 02 37 48 36 25 - ✉ amdt@tib.fr**
**Zone industrielle, 28270 BREZOLLES**
**S.A.R.L. 655 000 € - RC Chartres 310 810 601 - N° SIRET 310 810 601 00016**
**CODE NAF 2920Z - N° TVA : FR 123 108 106 01**

Direction Technique
Département Homologation Coordination Technique/HCT

Autodrome de Linas-Montlhéry
BP 20212 – 91311 Montlhéry
cedex France
Tél: 33/(0) 1 69 80 17 00
Fax: 33/(0)1 69 80 17 17
www.utac.com



# CERTIFICAT DE CONFORMITE
# N° HCT/12.7768

**Nous certifions que l'ambulance décrite ci-après est conforme à la version mise à jour de la norme NF EN 1789 édition 2010 et du guide d'application GA S64-022 édition 2008 à l'exception des paragraphes 6.1, 6.3 (hors § 6.3.8.1 et 6.3.8.2), 6.4 et 6.5 (hors dernier alinéa) relatifs aux dispositifs médicaux.**

| | | |
|---|---|---|
| Nom et adresse de la société d'aménagement de l'ambulance | : | TIB SAS<br>ZI<br>28270 BREZOLLES |
| Type de véhicule de base<br>(TVV : Type, Variante et Version) | : | VAE4FC |
| Type de véhicule transformé<br>(TVV : Type, Variante et Version) * | : | VAE4FC MOD |
| Numéro de châssis véhicule de base | : | VF1VAE4FC46555762 |
| Numéro de châssis véhicule transformé | : | VF1VAE4FC46555762 |
| Types (A/B/C) | : | C |
| Référence du dossier de description du véhicule | : | Norme 1789 + Guide GAS64022 - VSAV TIB 2/3/4/5 - 1 Brancard - Ambulance Type C extension 1 |

MONTLHERY, le 19/06/2012

S. GUILLAUME
Responsable du service
Homologation Coordination Technique

* Des versions propres au carrossier peuvent exister ; se référer au dossier mentionné ci-dessus

120797 78427.001

airsuspension

# Garantie Claim Formulier
# Warranty Claim Form
# Garantie Antragsformular
# Formulaire de garantie

airsuspension

**W3**

**Identificatienummer,**
**Identification number,**
**Identifikationsnummer,**
**Le numéro d'identification**

_____

## Gegevens Dealer - Eigenaar / Data Dealer - Owner / Daten Händler - Eigentümer / Concessionnaire – Propriétaire

| | |
|---|---|
| Naam / Name / Name / Nom:* | TIB. |
| Adres / Address / Adresse / Adresse: * | Zone industriel |
| Postcode - Woonplaats / Zip code - Place / Postleitzahl – Ort / Code postal – Ville:* | 28 270 BREZOLLES. |
| Telefoonnummer / Telephone Number / Telefon Nummer / Numéro de téléphone: * | 02 37 48 26 23 |

## Gegevens voertuig / Vehicle specifications / Fahrzeugdaten / Détails du véhicule

| | |
|---|---|
| Merk / Brand / Marke / Marque :* | RENAULT |
| Type / Type / Type / Modèle :* | MASTER. |
| Chassisnr. / VIN / Chassisnr. / No. De chassis:* | VF1VAE4FC46SS5762 |
| Kenteken / Licence plate / Kennzeichen / Plaque d'immatriculation : | / |
| Datum toelating / Registration Date / Erst Zulassung / Date d'immatriculation*: | / |
| Kilometer stand / Mileage / Fahrzeug kilometer / Kilométrage:* | / |

## Beschrijving van de Klacht / Description of Complaint / Beschreibung der Fehler / Définition de la réclamation

**Benodigde Documenten voor afwikkeling garantie / Needed documents for finishing claim / Erforderliche Belege zur Verarbeitung / Documents nécessaires pour le règlement:**

| NL | GB | D | F |
|---|---|---|---|
| ▪ Garantie Claim Formulier<br>▪ Kopie originele rekening<br>▪ Kopie reparatie rekening<br>▪ Kopie voertuigpapieren deel 1 | ▪ Warranty Claim Form<br>▪ Copy original invoice<br>▪ Copy maintance invoice<br>▪ Copy vehicle registration documents. | ▪ Garantie Antragsformular<br>▪ Kopie Orginal Rechnung<br>▪ Kopie Rechnung Reparatur<br>▪ Kopie Zulassungsbescheinigung Teil 1 | ▪ Formulaire de garantie<br>▪ Copie facture d'orgine<br>▪ Copie facture reparation<br>▪ Copie de la carte grise |

**NL: Dit formulier met de kopieën van de rekeningen naar ons faxen of e-mailen en toevoegen aan het te retourneren product**

**E: Forward this form and a copy of our invoice to us by fax or email, before shipment. Add a copy of this form and a copy of our invoice in your packaging.**

**D: Schicken Sie uns vor Versand per Fax oder E-Mail dieses Formular und eine Kopie unserer Rechnung, Schleißen Sie eine Kopie dieser Formular und eine Kopie unserer Rechnung in Ihren Verpackung.**

**F : Nous vous prions de renvoyer ce formulaire avec les copies par fax ou e-mail et de les ajouter au paquet.**

Groupe TIB Département Ambulances Paris-Est

## TOTAL GENERAL DU DEVIS

| | Montants H.T. |
|---|---|
| • TOTAL PLANCHER CABINE | 25 281,00 |
| • TOTAL AMENAGEMENT | 71 818,96 |
| TOTAL HT | 97 099,96 |
| TVA 19,6% | **19 031,59** |
| **MONTANT DU DEVIS TTC** | **116 131,55** |

**GARANTIE : 2 ANS PIECES - MAIN D' ŒUVRE ET DEPLACEMENT PLUS 2 ANS PIECES ET MAIN D'ŒUVRE SUR NOS EQUIPEMENTS ET FOURNITURES**

**Délai d'exécution de l'aménagement et de la reception du plancher cabine :**

**16 semaines Hors congés**