DEMANDE D'INTERVENTION

ATTESTATION DE CAPACITE N°14566
MANIPULATEUR DE FLUIDES FRIGORIGÈNES
Délivrée par CEMAFROID

EVADYS
La station technique certifiée

A RENVOYER :

par fax : 02 51 11 32 39

ou par mail : contact@evadys.fr

DATE DE LA DEMANDE:

❑ MISE EN SERVICE	❑ DEPANNAGE	❑ AUDIT
❑ VISITE DE CONTROLE	❑ AUTRES.....(PRECISER)	

DEMANDEUR (la facture lui sera adressée)

Société .....

(cachet)

Adresse.....

.....

N° Tel: .....

N° Fax: .....

Tel portable du technicien :...../...../...../...../.....
Présent sur site

Mail : .....

LIEU D'INTERVENTION

Nom du client ou référence du chantier

.....

Adresse: .....

.....

Ville : (impératif).....

CP ou Département : .....

N° Tel : ..... **/ Mail :** .....

Date d'intervention souhaitée : ...../...../.....

Ou Semaine n°:.....

FOURNISSEUR DU MATERIEL.....

Agence de :.....***Interlocuteur***.....

POMPE A CHALEUR

CHAUFFAGE RESIDENTIEL		PISCINE
❑ Neuve	❑ Relève Chaudière	❑

Marque: .....**Modèle**.....

Options Diverses à Préciser
(ECS, Chauffage Piscine, Déshumidification,...)

.....

.....

Configuration

❑Air-Eau ❑ Eau-Eau ❑ Fluide-Eau ❑Fluide-Fluide

CLIMATISATION

(préciser le Nombre d'unités)

❑ **Split** ❑ **Bi - Split**

❑ **Tri Split** ❑ **Quadri Split**

❑ **DRV** .....**unités intérieures**

.....**unités extérieures**

Marque:..... **Modèle** .....

Marque:..... **Modèle** .....

Marque:..... **Modèle** .....

Marque:..... **Modèle** .....

Pour Gainable :

Equilibrage de réseau ❑Oui ❑ Non

Nb de bouche : .....

AUTRES

Matériel :

.....

Marque :

.....

Modèle :

.....

Configuration :

.....

- ✓ *Etablir une demande par lieu d'intervention*
- ✓ *Pour information, nous appliquons systématiquement le tarif constructeur en vigueur (s'il existe)*
- ✓ *Un devis vous sera transmis avec une date proposée, celle-ci sera validée dés réception du devis signé.*

AFIN QUE VOTRE DEMANDE SOIT TRAITEE RAPIDEMENT, VEILLEZ A BIEN REMPLIR L'ENSEMBLE DES RUBRIQUES