

Date

V VT L LT LTM LTMP

N° de dossier

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PRESTATION

Événement

Lieu

Date de la prestation Durée de la prestation

Date de montage Date de démontage

Contact M. / Mme / Mlle

Localisation exacte du / des site(s) d'implantation des cabines

Ville Tél.

E-mail (Courriel)

Descriptif de l'événement	Sportif	Festif- musical	Salon - Foire	Autre
Précisez les horaires	Début		Fin	
Observations				
Nombres de personnes attendues		Événements en nocturne	OUI	NON

Votre Demande	Nombre	Nombre de site	Observation / Remarque
Cabine simple			
Cabine P.M.R.*			
Vespasienne			
Autre **			

D'autres cabines sont-elles disponibles sur le site ? OUI NON Si oui, combien ?

Moyens de manutention	OUI	NON	Quai de chargement	OUI	NON
Types					

Souhaitez-vous du personnel pour effectuer l'entretien lors de l'événement ? OUI NON

Si oui, plages horaires de présence souhaitée	Début	Fin
Début	Fin	Début
		Fin

Si vous avez prévu un plan d'implantation des cabines, merci de bien vouloir nous le transmettre.

Nature du terrain et du sol (accidenté, plat, terre, béton...)

Accès des camions (3,5T & hauteur 3,4m) aux lieux de montage	OUI	NON
Accès des camions aux cabines pendant l'événement	OUI	NON
Accès logistique pendant l'événement (transpalette & diable)	OUI	NON

Possibilité Parking réservé	Zone toilette surveillée hors événement	Badge d'accès
Restauration à proximité	Possibilité hébergement	Possibilité lieu stockage

FACTURATION

Contact Adresse

Tél. Fax

Zone réservée à la P.I.H.C. *P.M.R.: Personne à Mobilité Réduite / ** Autre: table à langer, zone couverte, espace poubelle, stand Info