DEMANDE DE DEVIS – Double Vitrage Inséré

 *(à retourner par Fax au numéro : 04 94 10 23 15 ou par mail :* *commercial@survitrage-isolation.com**)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nom :* |  |  | *N° / Rue :* |  |
| *Tel :* |  |  |  |  |
| *Mail :* |  |  | *Code postal / ville* |  |

 **Prestation souhaitée :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Livraison des composants | *(je fabrique, j’assemble, je pose moi-même)* |
|  | Livraison produit déjà fabriqué | *(je pose) Var uniquement* |
|  | Un technicien vient poser chez moi |  *Var uniquement* |

**Choix du Double Vitrage Inséré**: *(indiquer votre choix en mettant une croix dans les cases appropriées)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Type Isolation |  | Double Vitrage |  | Couleur du profil |
|  | Thermique |  | 20 mm |  | Blanc |
|  | Phonique |  | 24 mm |  | Marron Foncé |
|  | Anti Effraction |  |  |  | Marron Clair |
|  |  |  |  |  | Chêne Doré |
|  |  |  |  |  | Acajou |

****

**Informations techniques :**

*Indiquer dans le tableau ci-dessous les mesures
« clair de jour » exprimées en mm*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fenêtre n° | Pièce où se trouve votre fenêtre | Hauteur(clair de jour) | Largeur(clair de jour) | Nombrevantaux |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

*Exemple :*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *1* | *cuisine* | *640* | *350* | *2* |