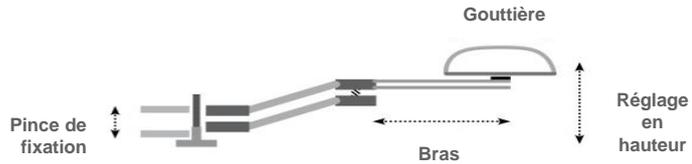




Nom & Prénom:
 Entreprise: Poste:
 Durée de l'essai (*précisez en heures/jours*):
 Type et/ou nom du produit: Fournisseur:
 Nom du fournisseur:



	D'ACCORD	PLUTOT D'ACCORD	PLUTOT PAS D'ACCORD	PAS D'ACCORD	NON CONCERNE
Le repose bras					
Le repose bras ne m'empêche pas d'accéder à mon siège					
La gouttière est confortable					
La matière n'engendre pas de sudation excessive					
La longueur de la gouttière me convient					
Mon épaule est soulagée					
Mes épaules sont alignées au même niveau lorsque j'utilise le repose bras					
La gouttière est réglable en hauteur					
Mes mouvements sont bien accompagnés (amplitude et fluidité)					
La fixation est stable					
Il est facilement nettoyable					
Mon siège ne butte pas dans le repose bras et je peux pivoter sans entrave					

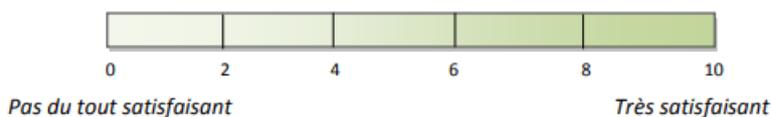
Commentaires:

.....

.....

.....

Niveau de satisfaction globale (cochez une case) :



Pour tout complément d'information, merci de nous contacter par mail : ficheprevention@asmis.net

ASMIS - 77 rue Debaussaux – CS 60132 – 80001 AMIENS CEDEX 1 - www.asmis.net

© ASMIS – Toute reproduction interdite