Nom de la compagnie:

Représentant aux ventes:

**PRODUITS/SERVICES**

*Veuillez indiquer les services offerts par votre compagnie en les cochant dans la liste ci-dessous.*

**Adjustements:**

\_\_\_Manipulation vertébrale

 \_\_\_ Mobilisation vertébrale

 \_\_\_ Articulartoire

 \_\_\_ Thérapie myofasciale

 \_\_\_ Indirect Positional Technique

\_\_\_ Manipulation du rachis cervial

**Orthèses sur mesure:**

\_\_\_Orthèses fonctionnelles

\_\_\_Orthèses accommodantes

**Massages:**

\_\_\_Active Release Techniques (ART)

\_\_\_Massothérapeute certifié enregistré

**Electrothérapie:**

\_\_\_ Stimulation vestibulaire galvanique

\_\_\_Rhizotomie facettaire percutannée

\_\_\_ Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)

\_\_\_Courant interférentiel (IFC)

**Massages avec instruments:**

\_\_\_Technique Graston® (IASTM)

\_\_\_Mobilisation assistée des tissus mous

\_\_\_ASTYM**®**

**Examen des mouvements:**

 \_\_\_Selective Functional

 Movement Assessment**®** (SFMA)

\_\_\_FMS**®**

**Services additionnels:**

\_\_\_Acupuncture

\_\_\_KinesioTaping

\_\_\_Thérapie laser de faible niveau

**Autres Services**:

*
*