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.*

**Évaluation bioméchanique:**

\_\_\_ Évaluation statique (dépistage, examens anatomiques, examens de la posture et de la flexibilité)

\_\_\_ Évaluation dynamique (test des muscles, analyse de la demarche)

**Traitements:**

\_\_\_ Régimes d’exercises

\_\_\_ Souliers (recommendations, vente de chaussures)

\_\_\_ Orthèses (sur mesure, pré-fabriquées)

\_\_\_ Prescription de médicaments

\_\_\_ Thérapie par ondes de choc

\_\_\_ Thérapie au laser

**Autres:**

*
*

**Chirurgie:**

\_\_\_ Ongles incarnés

\_\_\_ Électrochirurgie

\_\_\_ Oignons

\_\_\_ Orteils en griffe

\_\_\_ Talon
\_\_\_ Tendon

\_\_\_ Chirurgie reconstructive

 \_\_\_ Fusions