

## **Demande de prise en charge de plantes malades**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Type de maladie :

(Si inconnue, envoyer photos)

1. Je reconnais avoir remis à Patrick POLBOS Orchids \_\_\_\_\_ Plante(s) atteinte(s) de \_\_\_\_\_
2. J'ai bien conscience que Patrick POLBOS Orchids ne pourra en aucun cas être tenu responsable du décès de mes plantes si leur état ne permet pas de résister aux traitements
3. Je reconnais avoir été informé de la tarification de 5€/ plante / mois de traitement

Dater et signer le document précédé de la mention « Lu et Approuvé »

Patrick POLBOS Orchids

Le client