

AVENANT N°1
AU CONTRAT DE SERVICES ET DE MAINTENANCE PREVENTIVE
ET CURATIVE DEFIBRILLATEURS AUTOMATISES EXTERNES
(N° de contrat : 2023058440RO)

Accusé de réception - Ministère de l'Intérieur

084-218400992-20260407-AU_2026_014-AU

Accusé certifié exécutoire

Réception par le préfet : 14/04/2026

Entre les soussignés :

MAIRIE DE ROBION
Place Clément Gros
84440 ROBION

N° TVA : FR95218400992 - N°SIRET : 21840099200010 – CODE APE : 8411Z - Code Client : CL0360

Représenté(e) par : Monsieur **Patrick SINTES** en qualité de Maire de la commune

Et

La société **PREVIMED S.A.R.L.**
Les Barrales, 626 route des oliviers – 13580 La Fare les Oliviers
SARL au capital de 5 000,00 € - Siret : 80172874200033 - Code APE : 4774Z
N° TVA : FR40801728742
Tél : 04.13.93.14.23 – Fax : 09.81.38.43.67

Représentée par : Monsieur **Guillaume ROBAS** en qualité de gérant

D'autre part,

Il est convenu d'un commun accord d'apporter les modifications suivantes au contrat de service des défibrillateurs,

Ci-après conjointement dénommées les « Parties » se sont rapprochées afin de modifier les équipements pris en compte.

Les autres éléments contractuels demeurent inchangés, plus particulièrement pour ce qui concerne le périmètre d'intervention de la société PREVIMED.

La facturation restera inchangée :

	5	
Prix unitaire du contrat :		120,00 € H.T.
Nombre d'appareil :		5
Total H.T annuel :		600,00 € H.T
Total T.T.C annuel :		720,00 € T.T.C

Ce document est la propriété de PREVIMED et ne peut être copié ni reproduit sans son autorisation expresse.

La facturation sera elle aussi modifiée, passant de :

DÉFIBRILLATEUR(S) AJOUTÉ(S) SOUS COUVERT DU CONTRAT

N°	Lieu	Marque	Modèle	N° Série
1	MAIRIE	ZOLL	AED+	X10I470662
2	SALLE DE L'EDEN	ZOLL	AED+	X19L229993
3	THÉÂTRE VERDURE	ZOLL	AED+	X22H497509
4	ÉCOLE PRIMAIRE OU SERVICE TECHNIQUES	ZOLL	AED+	X25L970360
5	ÉCOLE PRIMAIRE OU SERVICE TECHNIQUES	ZOLL	AED+	X25L969545

L'avenant conclu entre parties prend effet à partir du 18/03/2026.

Fait en double exemplaire à LA FARE LES OLIVIERS le 18/03/2026, chaque partie reconnaissant avoir reçu un exemplaire.

LE CLIENT

PREVIMED

Date :

Nom du signataire :

Nom du signataire : Mr Guillaume ROBAS

Qualité :

Qualité : Gérant

Cachet et Signature :

Cachet et Signature :



Ce document est la propriété de PREVIMED et ne peut être copié ni reproduit sans son autorisation expresse.