**DEMANDE DE MOYENS AUXILIAIRES**

**Appuyer sur ESC pour activer le formulaire**

***Prière de remplir toutes les rubriques - tout formulaire incomplet vous sera retourné en vous demandant des précisions***

***Formulaire à compléter à l’écran en utilisant les cases et les menus déroulants et à retourner à***[**cms.plus@avasad.ch**](mailto:cms.plus@avasad.ch)

***Pour une version imprimable, utiliser la page 2***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de demande** | **DEVIS** | **DEVIS AI** | **COMMANDE** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de la demande | Demande faite par | Votre fonction | Votre CMS |
| Cliquez pour entrer date. | Cliquez pour entrer texte. | Choisissez un élément. | Choisissez un élément. |
| Votre email | Cliquez pour entrer texte. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informations Client-e / Contact** | | | | | | | | | N° MEDLINK : Cliquez pour entrer texte. | |
| Nom / Prénom | | | Cliquez pour entrer texte. | | | | | | | |
| Taille en cms | | Cliquez pour entrer texte. | | | Poids | | Cliquez pour entrer texte. | | | |
| Adresse de livraison | | | | Cliquez pour entrer texte. | | | | | | |
| Adresse de facturation (si différente) | | | | | | Cliquez pour entrer texte. | | | | |
| Tél client | Cliquez pour entrer texte. | | | | | | | Tél. contact | | Cliquez pour entrer texte. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Accessibilité au logement** | Maison | Appartement (compléter les éléments ci-dessous) | | |
| N° appartement | Etage | | Code entrée bâtiment | |
| Cliquez pour entrer texte. | Cliquez pour entrer texte. | | Cliquez pour entrer texte. | |
| Si parking extérieur, place n° Cliquez pour entrer texte. | Nbre d’escaliers int. Cliquez pour entrer texte. | | Nbre d’escaliers ext. Cliquez pour entrer texte. | |
| Si ascenceur, indiquer les dimensions intérieures en cms | Longueur | Largeur | | hauteur |
| Cliquez pour entrer texte. | Cliquez pour entrer texte. | | Cliquez pour entrer texte. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rendez-vous avec un technicien CMS + **au domicile uniquement pour fauteuil roulant spécifique** *(date à choisir selon les jours de tournée dans votre région)* | | | | Date : Cliquez pour entrer date. |
| Livraison du matériel | CMS | Domicile | Avec installation | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Matériel** | | | | |
| Libellé | Code art | Type de contrat | | |
| Cliquez pour entrer texte. | Cliquez pour entrer texte. | Loc | Vte | AI |
| Cliquez pour entrer texte. | Cliquez pour entrer texte. | Loc | Vte | AI |
| Cliquez pour entrer texte. | Cliquez pour entrer texte. | Loc | Vte | AI |
| Cliquez pour entrer texte. | Cliquez pour entrer texte. | Loc | Vte | AI |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Schéma simple de l’installation souhaitée (nécessite d’imprimer cette feuille) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Conditions générales de location/de vente** |
| *Les essais d’articles destinés à la vente doivent être réalisés à sec, en présence d’un ergothérapeute, et le matériel ne doit pas rester sur place. Un retour doit nous être communiqué dans les 3 jours suivant l’essai*  *Pour les articles destinés à la location, nous accordons un délai d’essai maximal de 7 jours*  *En cas d’essai non concluant d’une durée inférieure à 7 jours, seuls les frais de déplacement (aller-retour, si l’adresse diffère de celle du CMS) ainsi que les frais de désinfection sont facturés*  *Au-delà d’une semaine d’essai, des frais de location s’ajoutent aux frais de déplacement et de désinfection* |

**DEMANDE DE MOYENS AUXILIAIRES**

***Prière de remplir toutes les rubriques - tout formulaire incomplet vous sera retourné en vous demandant des précisions***

***version imprimable à retourner à***[**cms.plus@avasad.ch**](mailto:cms.plus@avasad.ch)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de demande** | **DEVIS** | **DEVIS AI** | **COMMANDE** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de la demande | Demande faite par | Votre fonction | Votre CMS |
|  |  |  |  |
| Votre email |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informations Client-e / Contact** | | | | | | | | | N° MEDLINK : Cliquez pour entrer texte. | |
| Nom / Prénom | | |  | | | | | | | |
| Taille en cms | |  | | | Poids | |  | | | |
| Adresse de livraison | | | |  | | | | | | |
| Adresse de facturation (si différente) | | | | | |  | | | | |
| Tél client |  | | | | | | | Tél. contact | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Accessibilité au logement** | Maison | Appartement (compléter les éléments ci-dessous) | | | |
| N° appartement | Etage | | | Code porte | |
|  |  | | |  | |
| Si parking extérieur, place n° | Nbre d’escaliers int. | | | Nbre d’escaliers ext. | |
| Si ascenceur, indiquer les dimensions intérieures en cms | Longueur | | Largeur | | hauteur |
|  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rendez-vous avec un technicien CMS + **au domicile uniquement pour fauteuil roulant spécifique** *(date à choisir selon les jours de tournée dans votre région)* | | | | Date : |
| Livraison du matériel | CMS | Domicile | Avec installation | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Matériel** | | | | |
| Libellé | Code art | Type de contrat | | |
|  |  | Loc | Vte | AI |
|  |  | Loc | Vte | AI |
|  |  | Loc | Vte | AI |
|  |  | Loc | Vte | AI |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Schéma simple de l’installation souhaitée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Conditions générales de location/de vente** |
| *Les essais d’articles destinés à la vente doivent être réalisés à sec, en présence d’un ergothérapeute, et le matériel ne doit pas rester sur place. Un retour doit nous être communiqué dans les 3 jours suivant l’essai*  *Pour les articles destinés à la location, nous accordons un délai d’essai maximal de 7 jours*  *En cas d’essai non concluant d’une durée inférieure à 7 jours, seuls les frais de déplacement (aller-retour, si l’adresse diffère de celle du CMS) ainsi que les frais de désinfection sont facturés*  *Au-delà d’une semaine d’essai, des frais de location s’ajoutent aux frais de déplacement et de désinfection* |