**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**

***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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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* |