



Veuillez compléter le formulaire suivant et le retourner à tnguyen@cmipq.com

FOURNISSEUR

Clinique de Médecine Industrielle
et Préventive du Québec
1665, rue Ste-Catherine O., 3e étage
Montréal (Qc) H3H 1L9
Tél.: (514) 931-0801



CLIENT

Entreprise: _____
Adresse: _____
Bureau/suite: _____
Ville: _____
Code postal: _____

Vaccins	Nbre pers.	Doses requises	Coût/dose	Total
Antigrippal (QUADRIVALENT)			\$	- \$
HA Adulte - Havrix			\$	- \$
HAB Adulte - Twinrix			\$	- \$
HB Adulte - Engerix			\$	- \$
Méningocoque (Nimenrix ou Menactra)			\$	- \$
Pneumovax			\$	- \$
Rage (Rab-Averet)			\$	- \$
Rage (Imovax)			\$	- \$
Tétanos (TD Absorbée)			\$	- \$
Zona - Shingrix			\$	- \$
Zona - Zostavax			\$	- \$

Noter que le nombre de vaccins commandés seront facturés.

Frais infirmière (pour estimation de coûts)	Coût unitaire
Tarif horaire par infirmière (8h-17h) - Minimum 1 heure	50\$/hre
Surtemps (avant 8h ou après 17h)	75\$/hre
Temps de déplacement infirmière	50\$/hre
Kilométrage	0,60\$/km
Taxi (s'il y a lieu)	
Frais de stationnement (s'il y a lieu)	

Vos employés paieront ils leur(s) vaccin(s) lors de la clinique de vaccination?	
Non - Notre entreprise assumera le coût des vaccins	
Oui - Nous collecterons l'argent des vaccins et le remettrons à l'infirmière de la C.M.I.P.Q.	
Oui - La C.M.I.P.Q. nous fournira les services d'une commis à 35\$/hre avec son temps de déplacement à 35\$/hre et son kilométrage à ,60\$/km	

Personne-contact	
Prénom / Nom :	_____
Fonction :	_____
Téléphone :	_____ Poste : _____
Courriel :	_____

Préférences (dates et heures) pour votre clinique de vaccination			
Vaccin	Dose 1	Dose 2	Dose 3
(Indiquer le nom)	Date/hre préférée	_____ après dose 1	_____ après dose 2

Une infirmière administre en moyenne 15 vaccins à l'heure. Elle sera présente 15 minutes avant le 1er vaccin et 20 minutes après le dernier vaccin. Souhaitez-vous que l'infirmière reste plus longtemps sur les lieux?

Noter que le temps de l'infirmière vous sera facturé.

Oui, de (début) : _____ à (heure fin): _____

Désirez-vous le service de prise de rendez-vous en ligne pour vos employés?

Non

Oui (plus de 15 participants requis) - \$ _____

Désirez vous des reçus pour les participants?

Non

Oui

EN FOI DE QUOI, les deux parties ont signé à : _____, Québec.

Clinique de Médecine Industrielle et Préventive du Québec

Représentant autorisé

Client

Représentant autorisé

Nom en lettres moulées

Nom en lettres moulées