



Veuillez compléter le formulaire suivant et le retourner à info@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 | | | \$ | - \$ |

Notez 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 | 0,80\$/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?

Notez 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