



MÉDICAL MÉDIA FRANCE

DEMANDE DE RENSEIGNEMENT SUR LA TOURNÉE

Vous avez sollicité l'accompagnement de Médical Média France pour coordonner votre remplacement, nous vous remercions de cette confiance. Dans le cadre de cette coordination de remplacement et afin de trouver la personne correspondante à votre attente, nous avons besoin d'obtenir certaines informations précises, nous vous demandons donc de nous retourner ce document dûment complété à l'adresse suivante : contact@medicalmediafrance.com

VEUILLEZ REpondre EN TOUTE FRANCHISE AU QUESTIONNAIRE SUIVANT :

NOM :

PROFESSION :

PRENOM :

TELEPHONE :

ADRESSE DU CABINET : N°..... Rue :

CODE POSTAL : VILLE :

NOM DES COMMUNES OU RÉSIDENT VOS PATIENTS.....

.....

NOMBRE DE PASSAGES/JOUR : MATIN : APRES MIDI :

MISSION PONCTUELLE : OUI / NON

DATE DE REMPLACEMENT : DU : AU (inclus)

AVEZ VOUS DES BESOINS RECURRENTS ? OUI / NON SUR LE LONG TERME : OUI / NON

ENVISAGEZ VOUS UNE POSSIBLE COLLABORATION : OUI / NON

SI OUI SUR LE LONG TERME OU COLLABORATION : (INFORMATIONS) :

.....

.....

HORAIRE DE TOURNÉE : MATIN : DE :H..... A :H.....

APRÈS MIDI : DE :H..... A :H.....



NOMBRE DE KM/JOUR : PRÉSENTATION PATIENTÈLE PRÉVUE : LE

PROFIL REMPLACANT(E) IDÉAL(E): IDEL (H) : OUI / NON – IDEL (F) : OUI / NON OU : INDIFFERENT : OUI /NON

TYPES DE SOINS TRADITIONNEL :

.....
.....
.....

TYPES DE SOINS SPECIFIQUES :

.....
.....

TAUX DE RENDEMENT JOURNALIER : Chiffre d'affaires :/JOUR (Pendant la durée de votre remplacement)

TAUX DE RETROCESSION PROPOSÉ : CABINET : % REMPLACANT : % (Pendant la durée de votre remplacement)

Les renseignements demandés doivent être conforme à la réalité : les dates, les horaires, la typologie des soins et le chiffre d'affaires etc. ... sont des renseignements indispensables qui seront communiqués aux remplaçants(es) intéressés.

Tout renseignement faux ou non communiqués intentionnellement dans le but de tromper le ou la remplaçant(e) et le service de coordination de Médical Media France pourra faire l'objet d'une annulation de l'offre d'accompagnement.

MEDICAL MEDIA FRANCE s'engage à ne pas divulguer les renseignements concernant la patientèle fournis par le titulaire, excepté pour le ou la remplaçant(e) qui se sera positionné sur l'offre.

EN VU DU DÉCRET CONTRE LES DISCRIMINATIONS LIÉES AUX SEXES N° 2008-496 DU CODE PÉNAL, MEDICALMEDIAFRANCE S'ENGAGE DU FAIT DE SES SERVICES INNOVANTS A NE LÉSER AUCUN DE SES ADHÉRENTS(ES) REMPLACANT(ES) ET S'ENGAGE EN FONCTION DES DISPONIBILITES DE SES DERNIERS A ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS DE LA PATIENTÈLE DU CABINET QUI SOLLICITERA NOS SERVICES.

VEUILLEZ APPOSER VOTRE SIGNATURE AVEC LA MENTION « Lu et approuvé

.....