

Formulaire concernant la convention de qualité pour la remise de fauteuils roulants

- (1) Demande d'inscription sur la liste des fournisseurs contractuels
- (2) Audit: Inspection et visite d'une entreprise (est rempli par les auditeurs)
- (3) Fournisseur contractuel déjà existant : la page 1 est à remplir et les conditions de la page 2 doivent être remplies

Nom de la société _____

Rue et numéro _____

Code postal / Lieu _____

Tél. _____

E-Mail _____

Site web _____

Forme juridique de la société _____

Affiliation(s)

Swiss Medtech

ORS

aucune (concession B)

Propriétaire de l'entreprise (prénom/nom) _____

Direction technique (prénom/nom) _____

Formations/diplômes _____

Pour les diplômes étrangers : Depuis quand le diplômé travaille-t-il en Suisse ? _____

Nombre d'employés (à plein temps) _____

De ceux-ci avec diplôme spécialiste en technologies de réadaptation BF ou orthopédistes CFC

D'autres spécialistes – prénom / nom / formations et diplômes

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

(1) Demande d'inscription sur la liste des fournisseurs contractuels

Equipement / Infrastructure

Extérieur / Intérieur

L'entreprise, est-elle affichée à l'extérieur ?

Présent ?

Oui Non

*Le magasin est-il accessible aux fauteuils roulants ?

Oui Non

*Les heures d'ouverture sont-elles affichées sur la porte d'entrée ?

Oui Non

Espaces clients / Administration

Salle de réception avec la possibilité de s'asseoir ?

Présent ?

Oui Non

*Local avec espace d'exposition, incl. produits-tests ?

Oui Non

*Toilettes accessibles aux clients en fauteuil roulant (selon annexe 1)

Oui Non

* Rangements à l'abri des regards pour les dossiers des patients et du personnel avec armoire verrouillable (garantie de la protection des données)

Oui Non

IT avec possibilité pour traitement des factures électronique ?

Oui Non

Atelier

Salle de machines disponible

Présent ?

Oui Non

* S'il existe une salle de machines : Est-elle séparée de la zone de service

Oui Non

Etabli avec étau fixe ?

Oui Non

* Equipement de base en outillage sur les postes de travail ?

Oui Non

Existe-t-il un système d'air comprimé ?

Oui Non

Dispositifs de programmation de fauteuils roulants ?

Oui Non

Preuve au sujet de la sécurité au travail conformément aux exigences légales disponibles ?

Oui Non

*Local ou armoire séparé(e), fermant à clé, pour les substances chimiques et inflammables

Oui Non

*Existe-t-il une plate-forme élévatrice ?

Oui Non

* critères obligatoire

(M) Magasins* / (P) Points de livraison** - Nom et adresse

1. M P

2. M P

3. M P

4. M P

* Avec atelier ; le travail peut être effectué

** Sans atelier ; pas de travail sur les patients, seulement livraisons

Heures d'ouverture

Jours par semaine _____ Heures par jour _____

Pièces jointes obligatoires

- Copie de l'autorisation d'utilisation (local artisanal/commercial) de la commune
- Copie de l'extrait du registre du commerce
- Copies des diplômes / formations
- Documentation photo
 - Entrée intérieure / extérieure (accès au magasin)
 - Espace d'accueil client / magasin
 - Atelier
 - Installations sanitaires dans l'espace client
 - Plan du site (à l'échelle 1:100 ou 1:50)
- Pour les diplômes étrangers : Preuve de participation aux cours complémentaires "Application tarif" et "Droit suisse de l'assurance sociale".

Les documents doivent être envoyés au secrétariat de la CPC "Fauteuil roulant".
(Sekretariat Tarif Rollstuhlversorgung, Tägerharding 8, 5436 Würenlos, info@rollstuhltarif.ch)

Remarques

La/le soussignée confirme l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Lieu/date

Signature(s) juridiquement valable(s)

Nom et prénom en lettres capitales

(2) Audit: Inspection et visite d'une entreprise (est rempli par les auditeurs de la CPC)

- | | |
|---|---------------------------------|
| Critères obligatoires remplis | <input type="checkbox"/> Rempli |
| Informé sur l'obligation de déclarer | <input type="checkbox"/> Rempli |
| Informé sur la formation continue obligatoire (24 crédits tous les 2 ans) | <input type="checkbox"/> Rempli |
| Informé sur les séminaires approuvés par la CPC | <input type="checkbox"/> Rempli |

Remarques (protection des données, etc.):

Lieu et Date de l'audit

Signature du 1^{er} auditeur CPC

Signature du 2^e auditeur CPC

Nom Prénom
(en lettres capitales)

Nom Prénom
(en lettres capitales)

Annexe 1 : Définition des toilettes accessibles en fauteuil roulant

Exigence

- Porte verrouillable avec une largeur de passage d'au moins 80 cm.
- L'espace doit être de taille adéquate pour l'utilisateur, l'assistant et le fauteuil roulant manuel ou électrique.
- L'utilisateur doit pouvoir effectuer un transfert entre les toilettes et le fauteuil roulant avec un angle minimal de 90° (selon le schéma ci-dessous).
- Poignée(s) fixe(s) près de la cuvette de WC
- Le lavabo doit être placé à l'intérieur ou à l'extérieur du local des toilettes.

