 **DEMANDE DE VACCINS COVID**

**Pharmacie Timone**

A adresser à : [pharmacietimone-vaccinscovid@ap-hm.fr](mailto:pharmacietimone-vaccinscovid@ap-hm.fr)

Nous vous remercions de bien vouloir renseigner les informations suivantes :

* Date de livraison souhaitée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nombre de flacons demandé :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nb KIT administration : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Coursier établissement demandeur apporte glacière ? 🞎OUI 🞎NON
* Demande de livraison sur site (1) 🞎OUI 🞎NON

*Rq : 1 Fl = 5 à 6 doses de vaccins*

|  |  |
| --- | --- |
| FINESS (ou N° identifiant) |  |
| ETABLISSEMENT |  |
| ADRETAB1 |  |
| ADRETAB2 |  |
| CODE POSTAL |  |
| VILLE |  |
| TEL |  |
| FAX CONTACT |  |
| Nom du Responsable de la commande (Obligatoire) |  |
| TEL du responsable |  |
| Mail |  |

Commentaire : ex Identité du livreur (si l’établissement vient récupérer la commande à la PUI)

1. **En souscrivant au service de livraison, le destinataire de la livraison atteste avoir pris connaissance et accepté les conditions générales afférentes suivantes :**

Le destinataire de ces livraisons de vaccins pourra être la PUI établissement ou bien la personne en charge de la vaccination contre la COVID-19 au sein de la structure desservie (médecin coordonnateur, IDE ou autre), nommément désignée par l’établissement au préalable lors de la commande comme « Responsable »

Le destinataire s’engage à réceptionner le ou les colis, vérifier l’intégrité des scellés, le numéro de scellé et la durée du transport (maximum 5h) avant de donner décharge au transporteur. Le destinataire s’engage à respecter ses responsabilités relatives à la réception, à la détention et au stockage au sein de la PUI de l’établissement destinataire ou dans les unités de soins / centres de vaccination, selon les procédures en vigueur dans l’établissement destinataire et dans le respect des conditions de stockage du Résumé des Caractéristiques du Produit livré (+2°C à +8°C).