

Demande pour recevoir un conteneur

Pour recevoir un conteneur de 40 pieds des matériels et des équipements médicaux de MedShare, merci de retourner le formulaire remplie à MedShare soit par Email à info@medshare.org soit par fax au +1 770-323-4301. Les champs marqués par une * sont obligatoires.

- *Date: _____
- *Votre nom et prénom: _____
- *Votre e-mail adresse: _____
- Quelle l'établissement représentez-vous? _____

EXPEDITION DE CONTENEUR

CONSIGNATAIRE

Ceci est l'établissement qui apparaît sur les documents d'expédition officiels comme le destinataire du conteneur. Dans certain cas, Consignataire est un établissement de soins de santé qui va utiliser les donations. Dans autre cas, c'est une organisation charitable qui va recevoir le conteneur et va donner les matériels et les équipements médicaux à un établissement de soins de santé local.

- *Nom de l'établissement: _____
- *Adresse PRECISE QUI DOIT APPARAÎTRE SUR LES DOCUMENTS OFFICIELS d'EXPEDITION (n°, rue, ville, province, code postal, etc. Merci de ne pas mettre un P.O.)

_____ * Ville _____
- *Pays: _____
- *Quel est le statut légal de votre établissement?
 - Gouvernemental
 - Une Organisation Charitable
 - Un Etablissement Non Gouvernemental / Non-Profit (ne pas une organisation charitable)
 - Autre _____
- *Est-ce que votre établissement est celle qui va UTILISER les matériels médicaux donnés?
 - Oui
 - Non
- Commentaires: _____

PERSONNE A CONTACTER

Ceci est la personne à qui les documents d'expédition officiels seront envoyés par courrier postal. Cette personne va utiliser ces documents pour réceptionner le conteneur du port maritime.

- *Nom et prénom: _____
 - Organisation: _____
 - *E-Mail: _____
 - *Téléphone au bureau: _____
 - Téléphone mobile: _____
 - Fax (Télécopieur): _____
 - *Adresse: _____
_____ *Ville _____
 - *Pays: _____
 - Commentaires: _____
- *A quel port le conteneur doit être envoyé? _____
MedShare expédie le conteneur à un port maritime le plus proche au consignataire. Le consignataire est responsable de transport du conteneur du port maritime à l'hôpital (aux) où les matériels et les équipements médicaux seront utilisés.
 - *MedShare demande au consignataire d'obtenir **une approbation écrite pour l'importation duty-free (hors taxe)** du bureau gouvernemental concerné avant l'expédition du conteneur. Avez-vous déjà l'approbation?
 - Oui. Je vais envoyer une copie de la lettre d'approbation par email ou par fax à MedShare (info@medshare.org ou fax: +1 770-323-4301)
 - Non, pas encore, mais je travaille sur ce sujet. Je vais envoyer une copie de la lettre à MedShare dès que je la reçois.
Commentaires _____
- Quelles lois votre pays a-t-il concernant l'importation des matériels médicaux comme des donations?
 - Les matériels expirés ne peuvent pas être importés.
 - Les matériels qui expirent dans __ mois ne peuvent pas être importés.
 - Les matériels "envahissants" qui entrent dans le corps ne peuvent pas être importés.
 - Les équipements rénovés / restaurés ne peuvent pas être importés.
 - Les équipements doivent être inspectés avant l'expédition.
 - Les équipements doivent avoir des manuels d'utilisation.
 - Tous les matériels doivent être inspectés avant l'expédition.
 - Consignataire doit obtenir une pré-approbation pour l'importation duty-free (hors taxe) avant de charger le conteneur.
 - Autre _____

Demande pour recevoir un conteneur

L'ETABLISSEMENT DE SOINS DE SANTE

Veillez décrire le(s) hôpital (aux) où les matériels et les équipements donnés seront utilisés.

- *Nom de l'établissement : _____
- *Adresse: _____ •*Ville: _____ •*Pays: _____
- * Téléphone: _____ • Fax: _____ • Page web : _____
- * Personne à contacter dans l'établissement: _____ •*Titre: _____
- *E-mail: _____ •* Tél au bureau: _____ • Tél mobile: _____

- * Quel est le statut légal de l'établissement? (Cocher toutes les cases appropriées)
 - Privée, pour le profit
 - Public / Gouvernemental
 - Autre _____
- *Combien d'établissements de soins de santé vont utiliser les matériels et les équipements envoyés par cette expédition ? __
 - Nom d'établissement: _____ Nbr de lits: __ Nom d'établissement: _____ Nbr de lits: __
 - Nom d'établissement: _____ Nbr de lits: __ Nom d'établissement: _____ Nbr de lits: __
- Est-ce que cet établissement est situé dans une zone urbaine ou rurale? Urbaine Rurale
- Comment cet établissement de soins de sante est financé?
 - Les frais pour le service
 - Les donations
 - Gouvernement
 - Autre: _____
- Quel est le budget annuel? _____ • Dans quelle monnaie? _____
- Nombre total des patients traités: _____ par mois _____ par an
- *Quel sont les principaux problèmes de santé dans cet endroit ? _____
- *Quel sont les plus grands problèmes rencontrés par cet établissement de soins de santé? _____

- * Comment vos patients vont profiter des matériels et des équipements médicaux que MedShare envoie ? _____

- Quel est la tension électrique utilisée?
 - 110 volts, 50 HZ
 - 110 volts, 60 Hz
 - 220 volts, 50 HZ
 - 220 volts, 60 HZ
- *Comment l'Oxygène est-il livré?
 - Oxygène central
 - Oxygène en bouteille
 - Pas d'Oxygène disponible
- *Y a-t il coupure d'électricité?
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais

- *Y a-t-il l'eau courante disponible?
 - Oui
 - Non
- * Le courant électrique, est-il stable?
 - Oui
 - Non
- *Y a-t il accès à l'internet?
 - Oui. La vitesse d'accès: _____
 - Non

- * Quels services médicaux sont fournis dans cet établissement de soins de santé? (Cocher toutes les cases appropriées)

<input type="checkbox"/> Premier soins	<input type="checkbox"/> Pédiatrie	<input type="checkbox"/> Dentaire
<input type="checkbox"/> Planification des naissances	<input type="checkbox"/> Soins intensifs	<input type="checkbox"/> Alimentaire
<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Orthopédie	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie
<input type="checkbox"/> Médecine générale	<input type="checkbox"/> Rayon X/ Radiologie	<input type="checkbox"/> Santé mentale
<input type="checkbox"/> Soins de secours	<input type="checkbox"/> Laboratoire	<input type="checkbox"/> Autre: _____
<input type="checkbox"/> Obstétrique/ Gynécologie	<input type="checkbox"/> Endoscopie	

- Veuillez indiquer le nombre de chaque type de position de personnel dans cet établissement de soins de santé:

_____ Médecines généralistes	_____ Techniciens Biomédicaux	_____ Nutritionnistes
_____ Infirmières	_____ Travailleurs communautaires	_____ Chirurgiens
_____ Sages-femmes	_____ Guérisseur traditionnel	_____ Anesthésistes
_____ Dentistes	_____ Techniciens de laboratoire	_____ Autre: _____

Demande pour recevoir un conteneur

- À qui doit MedShare envoyer le mot de passe pour commander en ligne les matériels médicaux consommables?

Nom: _____ Email : _____

- Quels matériels biomédicaux souhaitez-vous recevoir pour cet établissement de soins de santé ? *(Note: Tous les équipements que MedShare reçoit sont des donations. Bien que nous fassions tout effort de vous envoyer ce que vous demandez, nous pouvons ne pas avoir tous les éléments en stock.)*

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Machine d'anesthésie
<input type="checkbox"/> L'autoclave / Stérilisateur – De table et de grandes dimensions
<input type="checkbox"/> Scie à plâtre
<input type="checkbox"/> Centrifugeuse
<input type="checkbox"/> Colposcope
<input type="checkbox"/> Ordinateurs (Appareil de bureau – Pentium III ou plus rapide)
<input type="checkbox"/> Moniteurs d'ordinateur (Ecran plat seulement)
<input type="checkbox"/> Défibrillateur / Moniteurs
<input type="checkbox"/> Dermatome
<input type="checkbox"/> Appareils de diagnostic à ultrasons avec la sonde
<input type="checkbox"/> Enregistreur ECG (binaire)
<input type="checkbox"/> Unité électro-chirurgical
<input type="checkbox"/> Matériel d'endoscopie
<input type="checkbox"/> Lampe d'examen
<input type="checkbox"/> Doppler fœtal
<input type="checkbox"/> Moniteur fœtal
<input type="checkbox"/> Mètre de glucose (Portable) – de préférence avec des bandes d'essai et des bistouris
<input type="checkbox"/> Humidificateur
<input type="checkbox"/> Hyfrecator
<input type="checkbox"/> Réchauffeurs infantiles
<input type="checkbox"/> Incubateur infantile
<input type="checkbox"/> Laryngoscopes
<input type="checkbox"/> Réfrigérateur médical | <input type="checkbox"/> Microscope – Chirurgical et Laboratoire
<input type="checkbox"/> Moniteur – Cardiaque et NIBP
<input type="checkbox"/> Nébuliseur
<input type="checkbox"/> Stimulateur de nerf
<input type="checkbox"/> Ophthalmoscope
<input type="checkbox"/> Matériel ophtalmologique (lampe à fente, etc.)
<input type="checkbox"/> Lampes pour la salle d'opération – Portable ou pour monter au plafond
<input type="checkbox"/> Otoscopes
<input type="checkbox"/> Concentrateur de l'oxygène
<input type="checkbox"/> Réchauffeurs de patient
<input type="checkbox"/> Station de radio (X-ray) portable (y compris la mammographie portable)
<input type="checkbox"/> Oxymétrie d'impulsion
<input type="checkbox"/> Sphygmomanomètre (Tensiomètre)
<input type="checkbox"/> Stéthoscopes
<input type="checkbox"/> Pompes aspirantes
<input type="checkbox"/> Lampe frontale chirurgicale
<input type="checkbox"/> Pompes à seringue
<input type="checkbox"/> Table – Examen, Salle d'opération, chirurgical, et accouchement
<input type="checkbox"/> Thermomètres (seulement digital)
<input type="checkbox"/> Table de traction
<input type="checkbox"/> Echographie
<input type="checkbox"/> Vaporisateurs | <input type="checkbox"/> Appareil à ventilation assistée
<input type="checkbox"/> Moniteurs des signes vitaux (doit avoir des modules s'il y a lieu)
<input type="checkbox"/> Balance - Adulte, enfants
<input type="checkbox"/> Machine à développer les films radiographiques
<input type="checkbox"/> Négatoscope (fixé au mur seulement)
Équipement et analyseurs de laboratoire:
<input type="checkbox"/> Spectrophotomètre
<input type="checkbox"/> Réchauffeurs de bain d'eau
<input type="checkbox"/> Incubateurs de laboratoire
<input type="checkbox"/> Dispositifs trembleurs
<input type="checkbox"/> Laveurs de laboratoire
<input type="checkbox"/> Sécheurs de laboratoire
<input type="checkbox"/> Balances de précision (digitales)
<input type="checkbox"/> Analyseurs de coagulations
<input type="checkbox"/> Chambres d'humidificateur
<input type="checkbox"/> Analyseurs de gaz sanguin
<input type="checkbox"/> Analyseurs de chimie
<input type="checkbox"/> Haématocrit
<input type="checkbox"/> Microscopes (Binoculaires)
<input type="checkbox"/> Centrifugeuse
Fourniture pour l'hôpital:
<input type="checkbox"/> Lits
<input type="checkbox"/> Tables d'examen
<input type="checkbox"/> Civières
<input type="checkbox"/> Fauteuils roulants
<input type="checkbox"/> Autre: _____ |
|--|---|---|

- Commentaires: _____
- Si votre tension d'alimentation n'est pas 110 V/60 Hz, vous pouvez avoir besoin de transformateurs supplémentaires pour faire fonctionner correctement les équipements que vous recevez. À votre demande, MedShare peut acheter des transformateurs pour vous pour un coût supplémentaire.

FINANCEMENT

MedShare est une organisation à but non lucratif et tous les matériels et les équipements médicaux que nous envoyons sont des donations. Cependant, nous avons besoin du financement pour couvrir le coût du fonctionnement de MedShare et le coût d'expédition. Le financement demandé est \$16.000 plus le coût d'expédition réel dans la plupart des cas. **Le contenu d'un conteneur typique de MedShare vaut \$150.000-\$200.000 !** Veuillez identifier la source du financement pour ce conteneur:

<ul style="list-style-type: none"> • Le financement sera-t-il fourni par l'établissement de soins de santé qui va utiliser les matériels ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • *Organisation: _____ • *Adresse: _____ • *Ville: _____ • *Pays: _____ • *Téléphone: _____ • Fax: _____ • Page web : _____ • * Personne à contacter: _____ • Titre: _____ • *E-mail: _____ • * Téléphone au bureau: _____ • Téléphone mobile: _____ • Commentaires: _____
--



Demande pour recevoir un conteneur

ACCORD POUR RECEVOIR LE CONTENEUR

Veuillez envoyer l'accord signé ci-dessous par e-mail à info@medshare.org ou par fax au +1 770-323-4301.

Je, _____ garantis que les matériels et les équipements que je reçois comme donations de MedShare
(Personne à contacter comme la consignataire)

International, Inc. seront livrés à _____ / aux patients en besoin. Je comprends que ces
(Établissement de soins de santé)

matériels et ces équipements sont des donations, et ils ne sont pas marchandise, et donc je ne vais pas les vendre ou les échanger contre autres marchandises pour faire du bénéfice. Je certifie que j'ai lu les conditions ci-dessous et j'accepte de recevoir les matériels et les équipements donnés par MedShare selon les conditions ci-dessous.

Signature de personne à contacter comme la consignataire

Date

Release and Indemnity

The medical supplies, equipment, materials and other items ("Materials") available from MedShare International ("MedShare") are items that would have been discarded or otherwise disposed of by hospitals or health care providers in the United States. These Materials are being made available strictly on an "as is" basis for humanitarian use in circumstances in which sufficient alternative sources of such resources are not available. The recipient organization recognizes that MedShare and the donor facilities do not make any representations or warranties, either express or implied, as to the condition of the Materials, and further recognizes that MedShare and the donor facilities make no representations or warranties, express or implied, that the Materials are fit, appropriate, free from defects, sterile, pure, operable, or otherwise suitable for any intended purpose. The recipient organization accepts the Materials "as is," with all faults, and acknowledges that the inspection for any defects and the safe operation of said Materials is solely the responsibility of the recipient organization. Each recipient organization, recipient facility, and responsible manager of such entities assumes full responsibility for making an independent determination of the appropriateness of the Materials (or any part thereof) before using them, and for discarding any Materials which are not appropriate for use. Under no circumstances shall MedShare, the manufacturer or distributor of the Materials, or any United States hospital or health care provider that ever owned or used the donated equipment, be liable to recipient organization or anyone for any direct, special, indirect, incidental, or consequential loss or damage resulting from the Materials or their use. To the maximum extent permitted by law, the recipient organization fully accepts and assumes all risks and all responsibility for losses, costs, and damages that the recipient organization, its agents, representatives, members, directors, officers, employees, agents, contractors, patients, and transferees ("Users") may incur as a result of the Materials or their use, including without limitation personal injuries, illness, damage, loss to property, and death.

MedShare and the recipient organization recognize that this agreement shall release MedShare and the donor facilities from any and all liability for personal injury and/or any other type of injury arising from the use of the Materials. The recipient organization acknowledges that the consideration for this release and indemnification is the donation of the Materials themselves. By making an application for the receipt of such Materials and by accepting such Materials, the recipient organization, to the maximum extent permitted by law, fully releases, acquits, and forever discharges MedShare, the donor facilities, and each and every past and present subsidiary, affiliate, officer, director, agent, servant, employee, trustee, and representative of MedShare and the donor facilities ("Released Persons and Entities") from any and all loss, damages, claims, causes of action, suits, debts, liens, obligations, liabilities, demands, costs and expenses of any kind, character, or nature whatsoever, known or unknown, fixed or contingent, which might arise from or be related or associated in any way with the Materials or their use, including but not limited to any injury, illness, disease, property damage, death, or loss of any nature suffered or sustained in connection with the use or possession of the Materials. To the maximum extent permitted by law, the recipient organization also agrees to indemnify, save, and hold the Released Persons and Entities harmless for any loss, damages, claims, causes of action, suits, debts, liens, obligations, liabilities, demands, costs and expenses (including attorneys' fees) of any kind, character, or nature whatsoever, known or unknown, fixed or contingent, which may be incurred arising out of or related to the use or possession of the Materials, regardless of the nature or the extent of the injury, illness, disease, property damage, death, or loss, and regardless of whether it results from the negligence of the Users or of the Released Persons and Entities. Recipient organization agrees to provide MedShare with photos and feedback whenever possible related to how the medical supplies and equipment from this shipment are used. Recipient organization gives MedShare permission to use stories, photos and video related to this shipment for marketing and fundraising purposes.

A remplir par MedShare:

- 1) Total no. of containers: _____
- 2) MSI Tracking Nos.: _____, _____, _____, _____, _____
- 3) Main POC for Programs Dept: _____
Contact Info & Role if not already on app: _____
- 4) Shipment type: DTP DTD Other: _____
- 5) Other comments/special considerations: _____