

Gagnez du temps
pour seulement 4€ / mois*

AxiPlanning

AxiPlanning, la solution idéale pour gérer le planning du cabinet médical.

Ses fonctionnalités avancées et sa souplesse de présentation en font un outil indispensable pour gérer plannings et rendez-vous. Mono-praticiens, cabinets de groupe, cliniques, AxiPlanning s'adresse à tous les professionnels de santé ainsi qu'à leur secrétaire et est entièrement paramétrable aux habitudes de travail de chacun.

Un agenda tout à l'écran

- Visualisez en un clin d'oeil vos rendez-vous selon le jour, la semaine ou le mois.
- Gérez l'ensemble des rendez-vous d'un cabinet de groupe sur un même écran.
- Identifiez facilement les retards et les patients en salle d'attente.

Liaison avec
le logiciel de
dossiers patients
AxiSanté 5

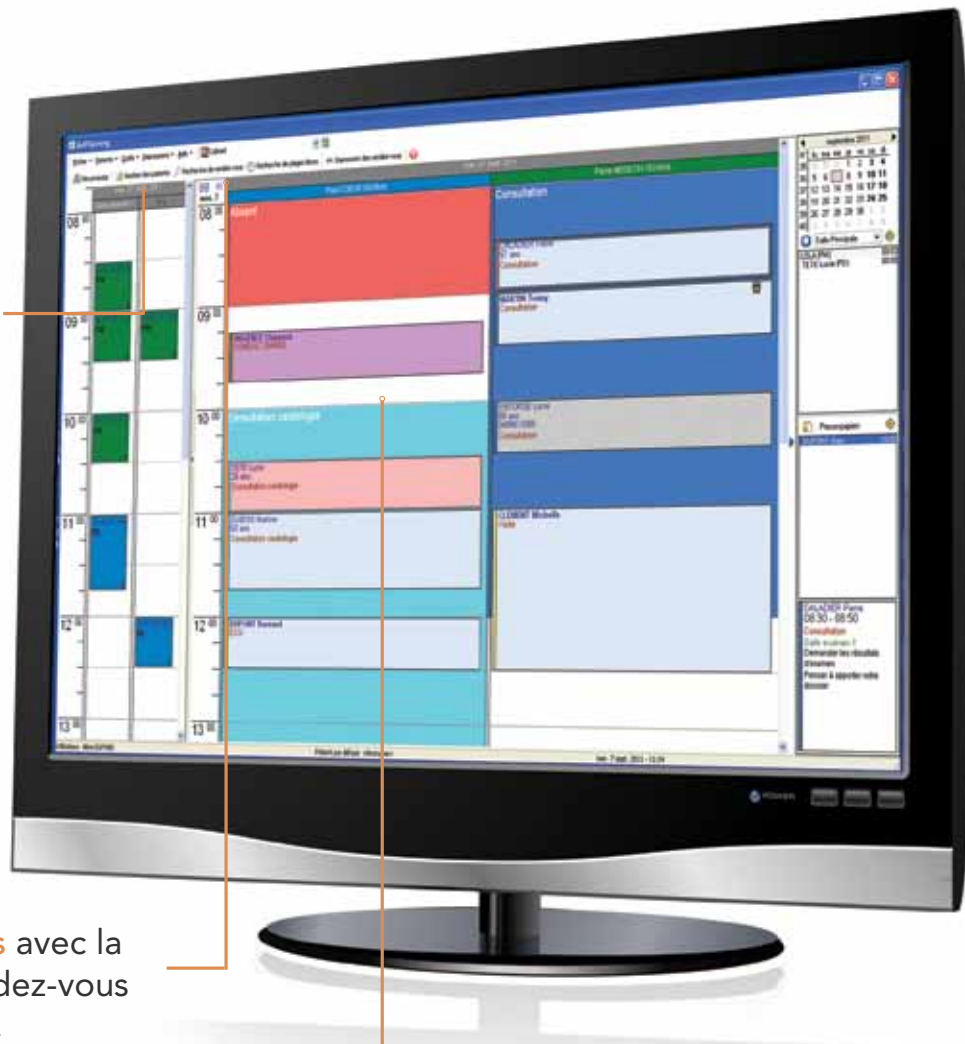
Un logiciel qui vous ressemble

- Personnalisez les types et les durées de vos rendez-vous.
- Gérez la disponibilité de vos salles de soins et ressources.
- Attribuez des couleurs clés à vos différents rendez-vous.
- Adaptez votre planning en fonction d'une semaine type ou des vacances.

* Cet abonnement comprend : l'accès aux mises à jour, l'accès à l'Espace Client sur Internet, le support logiciel par mail et fax, l'accès aux forums.
Licence utilisateur à 290€ TTC (aide au paramétrage et prise en main incluses).
Hors frais d'installation.



Accédez rapidement aux fonctions les plus utilisées.



Gagnez du temps avec la recherche de rendez-vous ou de plage libre.

Visualisez en un seul écran les rendez-vous de tous les praticiens ainsi que l'occupation des ressources du cabinet.

LES UTILISATION

- **Partagez vos données dans le cabinet** : synchronisez votre agenda dans **AxiSanté 5** avec celui de votre secrétaire, plus de double saisie !
- **Retrouvez les informations clés du patient** dans la plage du rendez-vous grâce à la liaison avec **AxiSanté 5**.
- **Gérez des rendez-vous chaînés** : planifiez plusieurs séances identiques pour le même patient.
- **Gérez des ressources spécifiques** en fonction du cabinet (examens : ECG, échographie... ; personnel : kiné, spécialiste...) ; salle de travail (radiologie, rééducation).

Pour une démonstration d'**AxiPlanning**, contactez notre service commercial au 04 11 75 33 88 ou sur **service.client@axilog.fr**.

Plus d'informations sur ce produit, sur <http://www.axilog.fr/logiciels-medicaux/logiciel-gestion-rendez-vous/>

AXILOG® - 59 A avenue de Toulouse - CS 35014 - 34076 Montpellier Cedex 3 - Fax : 04 99 51 33 02

ou Faxez le formulaire accompagné d'un RIB dûment rempli au 04 99 51 33 02
Envoyez le formulaire accompagné d'un RIB à : AXILOG® - 59 A av. de Toulouse
CS 35014 - 34076 Montpellier Cedex 3.

1 Titulaire de l'abonnement

Licences, mises à jour, support logiciel

Contrat entre AXILOG® SAS, immatriculée au RCS de Montpellier sous le numéro B345 098 495, sise 59 A, avenue de Toulouse à Montpellier, ci-après dénommée « AXILOG® » et

Cet abonnement comprend :

- L'accès aux mises à jour,
- L'accès à l'Espace Client sur Internet,
- Le support logiciel par mail et fax,
- L'accès aux forums,
- L'accès téléphonique à la Hot-Line Editeur payante.

Informations cabinet

Raison sociale :
Si le client est une personne morale, nom et qualité du représentant
Adresse :
Complément :
CP :
Ville :
Tel. Prof. :

Les tarifs

- Licence* : 290 € TTC/licence/praticien
- Contrat de MAJ : 4€ TTC/mois/praticien

Ce contrat d'une durée d'un an, est renouvelable par tacite reconduction.

Informations praticiens

Praticien décisionnaire

Dr. Nom :
Prénom :
N° ADELI / RPPS :
Date naissance :
Spécialité :
Mail :

Conditions tarifaires valables jusqu'au 31/12/2011

* Tarif valable uniquement couplé à une licence et un contrat AxiSanté 5. Aide au paramétrage et prise en main incluses - Hors frais d'installation.

Praticien n°2

Dr. Nom :
Prénom :
N° ADELI / RPPS :
Date naissance :
Spécialité :
Mail :

Praticien n°3

Dr. Nom :
Prénom :
N° ADELI / RPPS :
Date naissance :
Spécialité :
Mail :

Plus de praticiens, complétez le verso de ce document.

2 Acceptation de l'offre

Je certifie exacts, sous peine de nullité, les renseignements figurant sur le présent formulaire. Par la signature du présent document, le CLIENT déclare et reconnaît avoir pris connaissance des Conditions Générales, des Conditions applicables au Contrat AXILOG® disponibles sur www.axilog.fr et déclare accepter sans réserve l'ensemble de ces documents contractuels.

Fait à : Le :

Signature et cachet précédés de la mention « Lu et Approuvé » :

3 Autorisation de prélèvement automatique

Créancier : AXILOG® - 59 A av. de Toulouse - CS 35014 - 34076 Montpellier Cedex 3 . N° National d'émetteur : 440887

J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Titulaire du compte à débiter

Nom / Prénom :
Adresse :
CP : Ville

Établissement bancaire teneur du compte à débiter

Nom :
Adresse :
CP : Ville

Titulaire du compte à débiter

Établissement	Guichet	N° Compte	Clé RIB
_____	_____	_____	_____

Exemplaire à adresser à l'Établissement teneur du compte à débiter, accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP), ou de caisse d'épargne (RICE).

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT UN RIB, RIP OU RICE

Date : Signature :

Ajout de praticien (uniquement dans le cadre d'un cabinet de plus de 3 praticiens)

Praticien n°4

Dr. Nom :
Prénom :
N° ADELI / RPPS :
Date naissance :
Spécialité :
Mail :

Praticien n°5

Dr. Nom :
Prénom :
N° ADELI / RPPS :
Date naissance :
Spécialité :
Mail :

Praticien n°6

Dr. Nom :
Prénom :
N° ADELI / RPPS :
Date naissance :
Spécialité :
Mail :

Praticien n°7

Dr. Nom :
Prénom :
N° ADELI / RPPS :
Date naissance :
Spécialité :
Mail :

Praticien n°8

Dr. Nom :
Prénom :
N° ADELI / RPPS :
Date naissance :
Spécialité :
Mail :

Praticien n°9

Dr. Nom :
Prénom :
N° ADELI / RPPS :
Date naissance :
Spécialité :
Mail :

Praticien n°10

Dr. Nom :
Prénom :
N° ADELI / RPPS :
Date naissance :
Spécialité :
Mail :

Praticien n°11

Dr. Nom :
Prénom :
N° ADELI / RPPS :
Date naissance :
Spécialité :
Mail :