



Je souhaite être recontacté(e)

Nom de votre établissement :

Nom du gérant/propriétaire/personne de contact:

Adresse : rue et n° :

localité : code postal :

téléphone / GSM : @mail :

Statut : Maison de repos
Maison de repos et de soins
Autres à préciser :

Nombre de résidents : _____ résidents

À propos de votre système d appels infirmières

Année d installation : ____ / ____ / _____

Technologie du système :		Nature des points d appels :	
Appels vers bips	<input type="checkbox"/>	Muraux	<input type="checkbox"/>
Appels vers téléphones portables	<input type="checkbox"/>	Poires	<input type="checkbox"/>
Appels vers tableau(x) lumineux	<input type="checkbox"/>	Pendentifs	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	Autres :	<input type="checkbox"/>

La gestion des appels se fait-elle de manière informatique ?
(Introduction du motif de l appel, statistiques sur dans le temps, etc.) oui non

Existe-t-il une liaison entre le système d appels infirmières et le réseau téléphonique interne ?
 oui non

Etes-vous satisfait de votre système en place actuellement ? oui non

Si non, pourquoi ?

Qu attendez-vous comme améliorations ?

Systeme + un produit de



BEIR Telecom SA - Liège Science Park
Rue du Bois Saint-Jean, 6 - 4102 Ougrée
Tél: 32 4 361 81 50 - Fax: 32 4 361 81 51
Mail: info@beirtelecom.com Site: www.beirtelecom.com