

# ANALYSE DU CABINET INTER DENTAIRE

## **INTER-DENTAIRE**

SARL AINTER-IMMO

RCS BOURG EN BRESSE

N° 750 512 790

718 grande rue de la Côtière

01 160 PRIAY

04 27 500 516

06 87 77 23 57

Analyse du cabinet du Dr :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

E-Mails :

## **Quelles sont vos précédentes actions pour la mise en vente de votre cabinet ?**

0 annonces dans la presse :

0 site internet :

## **Quelles sont vos motivations pour vendre votre cabinet ?**

**Et vos associés ?**

Montant du loyer :

Prix de vente souhaité :

**Quels sont vos freins, vos objections ?**

**ORGANIGRAMME :**

**QUALITE DU PERSONNEL :**

<b>HORAIRE</b>	<b>LUNDI</b>	<b>MARDI</b>	<b>MERCREDI</b>	<b>JEUDI</b>	<b>VENDREDI</b>	<b>SAMEDI</b>
<b>TOTAL</b>						

Heures hebdomadaires :                      X                      Semaines =                      heures par an

Nombre de patients :

Nombre de nouveaux patients :

**RATIOS**

**CHIFFRES D'AFFAIRES**

	<b>N</b>	<b>N-1</b>	<b>N-2</b>	<b>N-3</b>
<b>C.A</b>				
<b>BENEFICES</b>				

Merci de nous communiquer les 3 derniers exercices

Leasing reste à courir € jusqu'en

## **TARIFS :**

Couronne Métal :

Couronne Céramo Métal :

Couronne Céramique :

Bridge 3 éléments :

Inlay/onlay :

Paro :

Prophylaxie :

Implants :

Coût total de la pose d'un implant :

Nombre d'implants posé ou référé par an :

Autres :

## **TYOLOGIE DES PATIENTS :**

Cadre Sup Moyen Profession libérales Agriculteurs Employés ouvriers  
Fonctionnaires CMU Urgences Voisinage Bouche à oreilles

## **FORMATION DU PRATICIEN :**

Paro Implantato Endo Occluso Prophylaxie Prothèse  
Binhas Brassard Feed Back Médical

**EQUIPEMENT :**

DENOMINATION	MARQUE	AGE	LEASING EN COURS (si oui durée et année de début)
<b>FAUTEUIL</b>			
<b>RADIO</b>			
<b>CAPTEUR</b>			
<b>PANORAMIQUE ARGENTIQUE</b>			
<b>PANORAMIQUE NUMERIQUE</b>			
<b>STERILISATEUR</b>			
<b>INFORMATIQUE</b>			
<b>LOGICIEL INFORMATIQUE</b>			
<b>COMPRESSEUR</b>			
<b>CAMERA</b>			
<b>MICROSCOPE</b>			
<b>CEREC</b>			

**LOCAL :****Surface et descriptif :**

Moyen de transport de la ville :    Gare régionale                    Gare TGV                    Aéroport

Moyen de transport pour le cabinet :            Transport en commun                    Parking

## **ORGANISATION CLINIQUE :**

Nombre de patients par jours :

RV d'avance :            Oui    Non            Combien

Urgences Nb :

Durée des RV :            Mini :                    Maxi :                    Moyenne :

## **VISION :**

Mutuelles            Avenir            Moyens de patients            Motivation des patients

## **COMMERCIAL :    QUI                    OU                    TEMPS                    QUALITE**

Téléphone :

Rédaction des devis :

Présentation des devis :

Conclusion :

Rapport à l'argent :

Négociation des prix :

Négociation conditions règlement :

Décision :

Document salle attente :            Implants            Syndicats            Carte Paiement

## **TRESORERIE :**

Acompte            Entente financières            Impayés            Chèques en attente

## **FISCALITE :**

## **STATUT**

**PROPRIETAIRE DES MURS :**      **OUI**                      **NON**  
SCI                      SCM                      SEL

**PERSONNEL :**

1ere Assistance au fauteuil : Nettoyage	Stérilisation	4 mains	Administratif
2eme Assistance au fauteuil : Nettoyage	Stérilisation	4 mains	Administratif
3 eme Assistance au fauteuil : Nettoyage	Stérilisation	4 mains	Administratif

**MANAGEMENT :**

Ambiance :

Stress :

Charte de poste :

Organigramme :

Entretien d'évaluation :

Réunion hebdomadaire :

Briefing Débriefing :

Primes :

**AUTRES PROBLEMES :**