

Entité adhérente

Cabinet individuel  Cabinet de groupe

Raison sociale du cabinet : \_\_\_\_\_

Nom du cabinet (si différent de la raison sociale) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email (indispensable pour recevoir les N.O.S.O News) : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du coordinateur qualité (si identifié) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Conditions d'adhésion

- J'accepte les engagements ci-dessous sous peine d'exclusion de N.O.S.O en cas de non respect :*
  - le paiement effectif de la cotisation à N.O.S.O
  - la mise en œuvre des recommandations du Manuel Qualité N.O.S.O et le respect du règlementaire
  - de me rendre disponible en cas de tirage au sort pour l'audit annuel en vue de la certification collective ISO 9001 et réactif dans la levée des écarts éventuels
- De dégager de toute responsabilité l'association N.O.S.O, son Comité de pilotage et ses dirigeants en cas de non obtention de la certification. Les sommes versées par chaque membre adhérent pour la réalisation de cette démarche collective ne pouvant plus, dans ce cas, être remboursées, même partiellement.*
- L'exactitude des données transmises dans le cadre de la démarche de l'amélioration continue.*

Adhérents (indiquez les noms des médecins adhérents à la démarche qualité et email)

	Nom et prénom	Email
1		
2		
3		
4		

Cotisation annuelle 2017

Le montant de la cotisation est de 380 € par médecin adhérent, soit un total de \_\_\_\_\_ euros.

Merci de renvoyer votre bulletin d'adhésion dûment rempli, accompagné du règlement par chèque à l'ordre de N.O.S.O, adressé au secrétariat de l'association : **CIL-N.O.S.O, 11 Rue Antoine Bourdelle – 75015 PARIS**  
Votre adhésion sera confirmée par l'envoi d'un reçu par email

Format certificat qualité ISO 9001

L'ensemble des ophtalmologistes de la structure adhère à la démarche : .....  Oui  Non

Si « OUI », choix de la formule souhaitée :

(1) Certificats ISO 9001 individuels : au nom de chaque médecin adhérent

(2) Certificat ISO 9001 au nom du cabinet médical (Collectif)

Nom de la structure à faire figurer sur le certificat : .....

Date et signature

Précédées de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Signature et cachet

## ANNEXE

Pour les cabinets de plus de 4 médecins

Adhérents (indiquez les noms des médecins adhérents à la démarche qualité et email)

	Nom et prénom	Email
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		