

**Bulletin d’adhésion**

**Etablissement médico-social**

A retourner par mail à : grrifes@gmail.com

1. **Si vous êtes un Ehpad autonome**

***Si vous êtes un Groupement d’EHPAD, aller à la page suivante →***

**EHPAD**

**Nom de l’EHPAD:** ………………………………………………………………..………..… N° FINESS : ………………………

Etablissement médico-social : [ ]  public [ ]  privé [ ]  associatif [ ]  autre, préciser : ……………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………….……...……..

…………………………………………………………………………………………………………….…………….…

Code Postal : ………………………………Ville : …………………………………………………………….….…….……..

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : …………………………..……….……

**Directeur**

Nom et Prénom : …………………………………………………………….……………….….………………................

Email : …………….…………………….…………………….…..... Téléphone : ………………………………..………

**Professionnel en charge de la qualité/sécurité**

Nom et Prénom : …………………………………………………………….……………….….………………................

Email : …………….…………………….…………………….…..... Téléphone : ………………………………..………

Fonction : [ ]  Médecin coordonnateur [ ]  Cadre de sante [ ]  IDE-C [ ]  Resp Qualité Gestion des risques

[ ]  Autre, préciser : …………………………………………………..……………………..…………………...

J’accepte que les informations figurant sur ce bulletin d’adhésion soient publiées sur le site internet ☐ OUI ☐NON

Fait à ………………………………… Signature du directeur

Le …………………………………….

1. **Si vous êtes un groupement d’EHPAD**

**Groupement d’EHPAD**

Nom du groupement : ………………………………………………………………..………..… N° FINESS : ………………..……………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………..…………………….…..…

Ville : ………………………………………………………….………… …………….. Code Postal : ………….………………..

Email : …………………… ………………………….………………………….……… Téléphone : ……….…………………….

**Directeur Général du Groupement**

Nom et Prénom : …………………………………………………………….………………………..….………………................

Email : …………….…………………….…………………….…..... Téléphone : …………………….…………………..………

**Responsable en charge de la qualité et de la gestion des risques du Groupement**

Nom et Prénom : …………………………………………………………….……………….…………..………………................

Email : …………….…………………….…………………….…..... Téléphone : …………………….…………………..……

J’accepte que les informations figurant sur ce bulletin d’adhésion soient publiées sur le site internet ☐ OUI ☐NON

Fait à ………………………………… Signature du Directeur Général

Le …………………………………….

**Merci de noter pour chacun des EHPAD d’Ile-de-France :**

**EHPAD 1**

**Nom de l’EPHAD :** ……………………………………………………….………..… N° FINESS : ……………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………....…

Ville : ………………………………………………………….………… …………….. Code Postal : ………….………………..

**Nom et prénom du Directeur** :……………………………………………………………………………………………….…….

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : ………………………………….…………….

**Nom et prénom du professionnel en charge de la qualité / sécurité**  :…………………………………………………

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : …………………………….………………….

**EHPAD 2**

**Nom de l’EPHAD :** ……………………………………………………….………..… N° FINESS : ……………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………....…

Ville : ………………………………………………………….………… …………….. Code Postal : ………….………………..

**Nom et prénom du Directeur** :……………………………………………………………………………………………….…….

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : ………………………………….…………….

**Nom et prénom du professionnel en charge de la qualité / sécurité**  :…………………………………………………

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : …………………………….………………….

**EHPAD 3**

**Nom de l’EPHAD :** ……………………………………………………….………..… N° FINESS : ……………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………....…

Ville : ………………………………………………………….………… …………….. Code Postal : ………….………………..

**Nom et prénom du Directeur** :……………………………………………………………………………………………….…….

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : ………………………………….…………….

**Nom et prénom du professionnel en charge de la qualité / sécurité**  :…………………………………………………

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : …………………………….………………….

**EHPAD 4**

**Nom de l’EPHAD :** ……………………………………………………….………..… N° FINESS : ……………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………....…

Ville : ………………………………………………………….………… …………….. Code Postal : ………….………………..

**Nom et prénom du Directeur** :……………………………………………………………………………………………….…….

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : ………………………………….…………….

**Nom et prénom du professionnel en charge de la qualité / sécurité**  :…………………………………………………

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : …………………………….………………….

**EHPAD 5**

**Nom de l’EPHAD :** ……………………………………………………….………..… N° FINESS : ……………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………....…

Ville : ………………………………………………………….………… …………….. Code Postal : ………….………………..

**Nom et prénom du Directeur** :……………………………………………………………………………………………….…….

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : ………………………………….…………….

**Nom et prénom du professionnel en charge de la qualité / sécurité**  :…………………………………………………

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : …………………………….………………….

**EHPAD 6**

**Nom de l’EPHAD :** ……………………………………………………….………..… N° FINESS : ……………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………....…

Ville : ………………………………………………………….………… …………….. Code Postal : ………….………………..

**Nom et prénom du Directeur** :……………………………………………………………………………………………….…….

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : ………………………………….…………….

**Nom et prénom du professionnel en charge de la qualité / sécurité**  :…………………………………………………

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : …………………………….………………….

**EHPAD 7**

**Nom de l’EPHAD :** ……………………………………………………….………..… N° FINESS : ……………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………....…

Ville : ………………………………………………………….………… …………….. Code Postal : ………….………………..

**Nom et prénom du Directeur** :……………………………………………………………………………………………….…….

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : ………………………………….…………….

**Nom et prénom du professionnel en charge de la qualité / sécurité**  :…………………………………………………

Email : …………………… ………………………….………… Téléphone : …………………………….………………….