

Paris, le 1er janvier 2018

Docteur, Madame, Monsieur,

Adresse

Madame, Monsieur,

Veuillez trouver ci-joint un bulletin d’adhésion au réseau du GRRIFES ainsi qu’une présentation de notre réseau.

Si vous comptez nous rejoindre merci de nous retourner le bulletin d’adhésion dument rempli.

Veuillez agréer Madame, Monsieur, l’expression de ma considération.

Zied GUERFALI

*Président du GRRIFES*



**Présentation du GRRIFES**

Le **GRRIFES** est une association à but non lucratif qui est ouverte aux établissements et professionnels de santé des secteurs sanitaire, médicosocial et ambulatoire de la région d’Île-de-France. Il a pour objet social :

* de promouvoir la qualité et la sécurité des prises en charge par l’accompagnement, la prévention, l’évaluation, l’animation et le partage d’expériences ;
* d’animer un réseau régional intégrant des professionnels d’établissements de santé, d’établissements médico-sociaux et du secteur ambulatoire.

**Le GRRIFES est l’association porteuse juridiquement de la STARAQS, STructure d’Appui Régionale à la Qualité et de la Sécurité des prises en charge, structure mise en place en Ile-de-France en 2016 pour accompagner les professionnels et les établissements dans leur démarche qualité et gestion des risques et répondre aux nouvelles exigences réglementaires.**

L’association GRRIFES créée en 2010 a pour mission, à l’échelon de la région, de :

* participer au développement de la gestion des risques associés aux soins,
* élaborer, et diffuser des méthodes et outils et partager des bonnes pratiques en gestion des risques,
* diffuser la culture sécurité auprès des professionnels et des usagers,

Les engagements des adhérents sont de :

* participer à la vie de l’association en devenant membre du GRRIFES,
* identifier et communiquer sur les problématiques rencontrées,
* participer à des réunions de partage d'expérience dans un esprit collectif et constructif,
* participer à des groupes de travail, à la production d'outils facilitants l’appropriation des méthodes de gestion des risques.

Le fonctionnement de l’association :

* Les modalités d'organisation et de fonctionnement de l’association sont précisées dans les statuts du GRRIFES (consultable sur www.staraqs.com).
* Les réunions plénières du réseau se tiennent 3 à 4 fois par an et durent une demi-journée.
* Des réunions des groupes de travail sont organisées sur différentes thématiques pour répondre à la demande des adhérents.

L’adhésion :

L’adhésion de l’établissement au GRRIFES est gratuite, elle est renouvelable tous les ans par tacite reconduction.

Le directeur ou le président peut se faire représenter par la personne référente en charge de la gestion des risques ou un autre professionnel de sa structure. (à inscrire dans le bulletin d’adhésion comme représentant de l’établissement N°➊)

L’adhésion donne un droit de vote à l’assemblée générale de l’association et permet de postuler pour être membre du conseil d’administration selon les règles définies dans ses statuts. L’invitation est adressée au représentant de l’établissement ➊ qui a droit de vote.

D’autres professionnels de l’établissement ou de la structure peuvent participer aux réunions et aux travaux du GRRIFES (à inscrire dans le bulletin d’adhésion comme professionnel de l’établissement ➋➌)

Le bulletin d’adhésion est à adresser par mail à : [grrifes@gmail.com](mailto:grrifes@gmail.com), le GRRIFES adressera un récépissé de réception.

**Bulletin d’adhésion**

A retourner par mail à : [grrifes@gmail.com](mailto:grrifes@gmail.com)

**⬜ Si vous exercez en cabinet libéral**

**⬜ Si vous adhérez à titre individuel**

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

E-mail : ………………………………………………………………. Téléphone : ……………………………………………….....

Profession : …………………………………………………………………………………………………………………………….

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Code postal : …………………………………… Ville : …………………………………………………………………

* **Si vous exercez au sein d’une structure d’exercice collectif :**

Type de structure : ❑ Centre de santé ❑ Maison de Santé Pluriprofessionnelle ❑ Autre structure :

**Nom de la structure** : ………………………………………………………………………………………………………………...

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Code postal : …………………………………… Ville : …………………………………………………………………

**Nom et prénom du représentant :**

➊ …………………………….….………..........................................................................................................................

E-mail : …………….…………………….………………… Téléphone : ………………………………………………...

Profession : …………………………………………………………………………………………………………………………

Si exercice d’une fonction en qualité et/ou gestion des risques ; préciser laquelle :…………………………………….....

**Autres représentants :**

➋ …………………………….….………......................................................................................................................

E-mail : …………….…………………….……….. Téléphone : ………………………………………………...

Profession : …………………………………………………………………………………………………………………………

Si exercice d’une fonction en qualité et/ou gestion des risques ; préciser laquelle :…………………………………….....

➌ …………………………….….……….......................................................................................................................

E-mail : …………….…………………….……….. Téléphone : ………………………………………………...

Profession : …………………………………………………………………………………………………………………………

Si exercice d’une fonction en qualité et/ou gestion des risques ; préciser laquelle :…………………………………….....

❑ J’accepte que les informations figurant ci-dessus soient utilisées pour constituer un annuaire des membres du GRRIFES.

❑ Je refuse de figurer dans l’annuaire de l’association.

Fait à ………………………………… Signature :

Le …………………………………….