****

**Demande d’accès au processus d'Accréditation**

**Nous vous félicitons d’avoir fait un pas important vers l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans votre établissement, au profit de vos professionnels et de vos patients.**

Nom de l’établissement :

Adresse de l’établissement :

Nom et prénom de la personne à contacter :

Téléphone :

E-mail :

**Votre établissement souhaite :**

* Participer à une réunion d’information autour de l’accréditation
* Acquérir le manuel d’accréditation des CSB et CI
* Acquérir le manuel d’accréditation des établissements de 2ème et 3ème ligne

|  |
| --- |
| **Message :**  |

**Le responsable client de la direction accréditation communiquera avec vous pour vous conseiller et vous orienter.**

**Date :**

**Signature :**