



## Inscription à la démarche Qualité des infirmières libérales Bulletin d'adhésion individuelle 2019

### À cocher

« JE M'ENGAGE DANS LA DÉMARCHE QUALITÉ QUALIDEL »

Prénom et NOM de l'IDEL : .....

Nom Cabinet : ..... Tél portable de l'IDEL : .....

Adresse Cabinet : ..... Tél Cabinet : .....

..... N°ADELI : .....

E-mail de l'IDEL : .....

### L'offre Qual'Idel :

- L'accès à la **documentation** qualité et à sa mise à jour par code personnel et mot de passe sur le **site Qual'Idel**
- L'**autoévaluation qualité annuelle obligatoire** pour évaluer vos pratiques professionnelles
- La réalisation d'un **audit par échantillonnage** dans votre cabinet
- L'attribution d'un **Label Qual'Idel®** affichable et communicable à partir de janvier 2020.

### Coût de la cotisation Qual'Idel :

Adhérent FNI 60 € TTC / an

Non adhérent FNI 80 € TTC / an

La date de renouvellement annuel (et l'appel de cotisation) se fera en janvier de l'année suivante pour toutes inscriptions entre janvier et septembre, en janvier de l'année N+2 pour les inscriptions d'octobre à décembre.

### Conditions de paiement :

- Inscription lors des formations Qual'Idel (prélèvement ou CB)
- Inscription en ligne sur le site [qualidel.fr](http://qualidel.fr) (prélèvement ou CB)
- Bulletin papier adressé à Qual'Idel accompagné du formulaire SEPA ou d'un chèque à l'ordre de Qual'Idel.

### Confidentialité :

Je m'engage à respecter la confidentialité de l'ensemble des supports qui me seront accessibles ou transmis dans le cadre de mon adhésion à la démarche Qual'Idel. La communication de tout ou partie de la **Charte qualité**, de l'**autoévaluation** et de tous les **outils supports** à toute personne non adhérente à la démarche qualité est interdite.

Ces documents sont protégés auprès de l'INPI.

Date :

Signature :

### Renseignements démarche Qual'Idel :

- Pour l'opportunité d'adhérer : lire la FAQ sur [www.qualidel.fr/foire-aux-questions/](http://www.qualidel.fr/foire-aux-questions/)
- Pour l'adhésion et le paiement : **QUAL'IDEL** / Stéphanie SCHOHN - 7 rue Godot de MAUROY 75009 PARIS - [qualidel@qualidel.fr](mailto:qualidel@qualidel.fr)
- Pour le contenu et la méthodologie de la démarche : **CARRON CONSULTANTS**  
[corentin.gobe@carronconsultants.fr](mailto:corentin.gobe@carronconsultants.fr) - [valerie.auzou@carronconsultants.fr](mailto:valerie.auzou@carronconsultants.fr)



## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

À retourner signé & complété accompagné d'un RIB IBAN et d'une photocopie de pièce d'identité à :  
Qual'Idel- 7 rue Godot de Mauroy 75009 Paris – contact@qualidel.fr

Référence unique du mandat : ce numéro vous sera communiqué après enregistrement.

### DÉBITEUR

#### Vos coordonnées

Nom\* :

Prénom\* :

Adresse\* :

CP\* :

Ville\* :

Pays\* :

#### Vos coordonnées bancaires (disponibles sur votre RIB ou RIP)

IBAN\*

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

BIC\*

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement :  Paiement récurrent/ répétitif

Prélèvement Annuel :  Janvier (voir bulletin d'inscription)

**CRÉANCIER** identifiant créancier SEPA :  
FR52ZZZ664203 En signant ce formulaire de mandat,  
vous autorisez Qual'Idel à envoyer des instructions à  
votre banque pour débiter votre compte, et votre  
banque à débiter votre compte conformément aux  
instructions de Qual'Idel.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque  
selon les conditions décrites dans la convention que vous  
avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit  
être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de  
votre compte pour un prélèvement autorisé.

**Qual'Idel**

7 rue Godot de Mauroy  
75009 Paris - **France**

Fait à :

Le :

Signature :

*Veillez compléter les champs marqués\**

*Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque*