

**Entité adhérente**

Nom ou raison sociale du cabinet : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**Cotisation cycle 2024-2025**

La certification qualité ISO 9001 porte sur **Organisation des soins en cabinet d'ophtalmologie.**

**Calculez le montant de votre cotisation :**

		Montant	Adhesion
<input checked="" type="radio"/>	<b>Selon la structure du cabinet</b> – certificat pour le cycle allant du 01/10/2024 au 30/09/2025		
<input type="checkbox"/>	Cabinet de 1 médecin .....	<b>260,00 €</b>	---
<input type="checkbox"/>	Cabinet de 2 à 4 médecins .....	<b>540,00 €</b>	---
<input type="checkbox"/>	Cabinet de 5 à 7 médecins .....	<b>960,00 €</b>	---
<input type="checkbox"/>	Cabinet de 8 à 10 médecins .....	<b>1 3800,00 €</b>	---
<input checked="" type="radio"/>	<b>Selon les domaines d'activités du cabinet</b>		
<input type="checkbox"/>	Consultations et examens ophtalmologiques (incluant les consultations médicales adultes et enfants, quelques soit la spécialité avec ou sans travail aidé, contactologie)	<b>120,00 €</b>	---
<input type="checkbox"/>	Consultations chirurgicales et soins chirurgicaux (1) (Incluant les consultations pré et post-opératoires, les soins chirurgicaux quels que soient le type de chirurgie et le lieu du soin)	<b>120,00 €</b>	---
<b>Montant total de la cotisation annuelle cycle 2024-2025 (2)</b>			---

**Certificat**

Libellé du certificat souhaité : .....

**Paiement**

- Par chèque : veuillez nous adresser ce bulletin d'adhésion dûment rempli et signé, accompagné du règlement par chèque à l'ordre de N.O.S.O à **CIL-N.O.S.O, 11 Rue Antoine Bourdelle – 75015 PARIS.**
- Par carte bancaire, veuillez suivre le lien sécurisé de la plateforme 'assoconnect' ci-dessous : [adhésion en ligne pour la certification ISO 9001 – Cycle 2024-2025](#)

*Merci de ne pas agraffer le chèque*

*J'ai pris connaissance des conditions d'adhésion*

Signature

<sup>(1)</sup> On entend pour soins chirurgicaux les soins tels que les injections toxine botulique, les injections Intravitréennes et petites chirurgies (chalazion, kyste, lésion paupière, biopsie...), les chirurgies réfractives, les chirurgies (cataracte, glaucome, strabisme, rétine, cornée, ectropion / entropion ... ou esthétiques (paupières et poches).

<sup>(2)</sup> Pour les adhérents hors France Métropolitaine, une participation aux frais de déplacement pour les audits peut vous être demandée.

## Médecins de la structure

	Nom et prénom du/des médecin/s rattachés à la structure	Email, indispensable pour recevoir les communications N.O.S.O
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

## 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
  - le suivi des recommandations du Référentiel Qualité ISO 9001 N.O.S.O
  - de me rendre disponible pour les audits de suivi internes et externes réalisés par BVC en vue de la certification collective ISO 9001
  - informer les patients et vos collaborateurs de votre démarche en affichant le certificat ISO 9001 et la charte des engagements qualité
- 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.*
- N.O.S.O traite les données recueillies pour la gestion des adhésions à l'association et la communication. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la [politique de protection de données des adhérents N.O.S.O.](#)*