



BUREAU
VERITAS

Labellisation selon le Référentiel QUALIPSAD

DOSSIER DE RECEVABILITE

Ce document est à compléter si votre projet concerne une demande de labellisation selon le référentiel QUALIPSAD de votre structure.

En complément des renseignements généraux sur votre entreprise, ce document a pour objectif de s'assurer que les pré-requis à la labellisation sont bien remplis. A l'issue de l'étude des renseignements et documents transmis, Bureau Veritas Certification Seule la première page du document « Informations relatives à l'entreprise – IRE » peut-être renseignée si la présente annexe, spécifique à votre demande, est jointe complétée.

NOM DE VOTRE ENTREPRISE :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES RELATIVES A VOTRE ACTIVITE

1 –VOTRE ENTREPRISE EST-ELLE ADHERENTE :

DU SYNALAM OUI NON

DU SYNAPSAD OUI NON

DU SNADOM OUI NON

2 - VOTRE ENTREPRISE EST-ELLE SIGNATAIRE DE

la charte de la personne prise en charge par un prestataire de sante a domicile ?

Date de signature :.....

ou d'un autre engagement ?

précisez :.....

NON

3 - QUELLES SONT LES PRESTATIONS REALISEES PAR VOTRE ENTREPRISE CONCERNEES PAR LA LABELLISATION ?

MAD

NPI

Dispensation d'oxygène médical

Autres prestations dans le domaine respiratoire (ventilation, apnée du sommeil ...)

autres (précisez) :

.....



**BUREAU
VERITAS**

4 - VOTRE ENTREPRISE REALISE-T-ELLE SES PRESTATIONS ?

- au niveau local
 au niveau régional
 au niveau national

Précisez l'organisation fonctionnelle et hiérarchique (nombre de régions, de directeurs régionaux, niveaux intermédiaires, nombre d'agences, répartition des effectifs par agence, prestations supports réalisées par la siège, les directions régionales.....)

Joindre tout document permettant de décrire l'organisation des activités de votre entreprise

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 – LE PERIMETRE DE LABELLISATION CONCERNE-T-IL DES STRUCTURES FRANCHISES ?

- OUI NON

SI OUI

- 1 - Le système de management est-il défini et piloté par le franchiseur Oui Non
- 2 - Le système de management est-il le même pour les sites propres au franchiseur que pour les franchisés ? Oui Non
- 2 – Le système documentaire utilisé est-il identique pour tous (sites propres au franchiseur et franchisés) ? Oui Non
- 3 – Les activités réalisées par les franchisés sont-elles toutes définies par le système de management défini par le franchiseur ? Oui Non
- 4 - Tous les sites (franchiseur et franchisés) sont-ils soumis à des audits internes et les résultats sont-ils consolidés ? Oui Non
- 5 - Les activités suivantes relatives à l'organisation sont-elles centralisées et contrôlées par le franchiseur :
- 5.1 Traitement des réclamations Oui Non
- 5.2 Revue de direction Oui Non
- 5.3 Evaluation des mesures correctives Oui Non
- 5.4 Planification des audits internes et évaluation des résultats. Oui Non
- 6 - Tous les sites concernésq par la labellisation sont-ils liés à l'entité centrale par un lien juridique ou contractuel ? Oui Non

6 - VOTRE ENTREPRISE DISPOSE-T-ELLE D'UN AGREMENT POUR LES VPH ?

- OUI NON



**BUREAU
VERITAS**

6 – VOTRE ENTREPRISE EST-ELLE A JOUR DANS LA REALISATION DES CONTROLES REGLEMENTAIRES DE SES LOCAUX (vérification des installations électriques, des dispositifs de lutte contre les incendies....) ?

OUI NON

Si oui, merci de joindre un document récapitulatif pour chacun des sites : les contrôles réalisés, leur périodicité et la date des deux dernières interventions d'un organisme de contrôle habilité)

7 - VOTRE ENTREPRISE A-T-ELLE EU UN CONTROLE DE L'ASSURANCE MALADIE CES 5 DERNIERES ANNEES ?

OUI NON

POUR LES ENTREPRISES REALISANT UNE ACTIVITE DE DISPENSATION DE L'OXYGENE MEDICAL
8 – VOTRE ENTREPRISE DISPOSE-T-ELLE D'UNE AUTORISATION PREFERATORALE POUR LE STOCKAGE ET/OU LA DISPENSATION DE L'OXYGENE MEDICAL ?

OUI NON

Si oui, merci de joindre la copie de votre(vos) autorisation(s)

9 - COORDONNEES DE LA PERSONNE EN CHARGE DU SUIVI DE LA DEMARCHE DE LABELLISATION :

Nom : Prénom :

Fonction :

Tél. direct :

Email :

Ce document a été rempli par : Le

Merci de retourner ce document Par mail/ courrier ou fax à :

Bureau Veritas Certification
A l'attention de Martine DASSIER
41 chemin des Peupliers – TSA 81003
69573 DARDILLY CEDEX
Tél. : 01.55.89.65.65 / Fax : 04.78.66.82.65
martine.dassier@fr.bureauveritas.com