



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Demande d'admission en qualité de membre actif

Nous sollicitons notre admission en tant que membre actif (article 5 des status) auprès de H+Les Hôpitaux de Suisse.

Institution: _____

Adresse, Case postale: _____

NPA/localité: _____

Téléphone: _____

Canton: _____

E-mail: _____

E-mail direction pour des envois H+: _____

www: _____

Adresse de facturation électronique: _____

Informations relatives à votre institution:

Veuillez indiquer les personnes responsables des domaines mentionnés ci-dessous. (nom, prénom, fonction, téléphone, e-mail). Pour la direction, une seule personne peut être saisie. Pour les autres domaines, deux personnes au maximum peuvent être saisies.

Direction:

Communication:

Qualité:

www.spitalinfo.ch:

Comptabilité/Contrôle de gestion:

Ressources Humaines:

Écologie:

Négociations tarifaires:

Procédures de consultations:

Responsable DEP/Digitalisation :

Direction des soins:

Direction médicale:

Responsable de la formation:

Approvisionnement/logistique:

Délégué à la protection des données:

Veuillez préciser l'**organisme responsable**, le **groupement H+ (y compris le groupement associé, s'il existe)** et la **forme juridique** de votre institution:

Organisme responsable:

Forme juridique:

Groupement H+:

Groupement associé:

Veuillez préciser les **chiffres clés** ci-dessous de l'année précédente:

Nombre total de lits:

Total sorties:

Dont part AC:

Total journées:

Veuillez préciser les **informations complémentaires** ci-dessous:

Numéro REE:

Numéro GLN:

Système de médecins-chefs:

Système de médecins agées:

Palette de prestations:

Soins somatiques aigus:

Psychiatrie:

Réadaptation:

Zone de chalandise:

Ville/agglomération:

Pays:

Nombre de collaborateurs (taux d'occupation non pertinent)
(Date de référence 31.12, année précédente):

Votre institution dispose-t-elle **d'un mandat de prestations cantonal?**

Veuillez joindre à votre demande d'admission les éventuels documents complémentaires existants de votre institution (rapport annuel, organigramme, extrait du registre du commerce, brochures d'informations, etc.).

Je/nous confirme/ons avoir reçu les statuts et avoir pris connaissance des droits et devoirs actuellement liés à la qualité de membre, selon articles 4 à 20.

Je/nous déclare/ons accepter que H+ Les Hôpitaux de Suisse utilise les données des statistiques médicales et administratives de l'Office fédéral de la statistique OFS relatives aux hôpitaux et aux instituts médico-sociaux.

Date:

Timbre et signature/s:

Veillez envoyer le formulaire signé par e-mail ou par courrier à l'adresse suivante : H+ Les Hôpitaux de Suisse, Administration des membres, Lorrainestrasse 4a, 3013 Berne, geschaefsstelle@hplus.ch