



ACCORD DE PARTICIPATION

Audit Hygiène des mains Partie 1 : Observance – Pertinence

Établissement _____

Adresse _____

CP et Ville _____

Coordonnées du **président du CLIN** : M^{me}, M _____

Fonction : _____ Service : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____/ Télécopieur : ____/____/____/____/____/

E-mail : _____

Certifie donner mon accord pour que l'établissement de santé ci-dessus désigné participe à l'audit Hygiène des Mains – partie 1 « Observance - Pertinence ».

Coordonnées du **responsable de la coordination de l'audit** :

M^{me}, M _____

Fonction : _____ Service : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____/ Télécopieur : ____/____/____/____/____/

E-mail : _____

Fait à :

le :

Signature :

Questionnaire à retourner **par fax (03 83 15 39 73)** ou par courrier à :

CCLIN Est (audit Hygiène des Mains)
CHU de Nancy – Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan – 54511 VANDOEUVRE-LES-NANCY

Nota : les données seront à retourner au CCLIN Est avant le 30 avril 2009 à l'adresse suivante : hygmains-cclin.est@chu-nancy.fr