

Formulaire de demande d'accréditation Programme médical

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT

Nom de l'organisme :					
Nom du siège social :					
Adresse :					
Ville :					
Pays :		Province :		Code postal :	
Site Web :					
Raison sociale :					
Statut juridique :					
<input type="checkbox"/>	Organisme gouvernemental	<input type="checkbox"/>	Entreprise constituée en société	<input type="checkbox"/>	Société en commandite
<input type="checkbox"/>	Entreprise privée	<input type="checkbox"/>	Société en nom collectif enregistrée	<input type="checkbox"/>	Société sans but lucratif
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez) :				
Nom du directeur du laboratoire :					
Adresse du directeur - différente de la portée d'accréditation (oui ou non) :					<input type="checkbox"/>
Nom du responsable du système qualité :					
N° de téléphone :		Courriel :			
Langue de correspondance préférée :		<input type="checkbox"/>	Anglais	<input type="checkbox"/>	Français
Date de la demande :					

2. RÉFÉRENTIEL(S) VISÉ(S) POUR L'ACCREDITATION

	ISO 15189 <i>Laboratoires de biologie médicale – Exigences concernant la qualité et la compétence</i>
	CAN/CSA-Z902 <i>Sang et produits sanguins labiles</i>

3. ACCRÉDITATION DE GROUPE

La demande vise une demande pour une accréditation de groupe			
<input type="checkbox"/>	Oui (compléter la section A)	<input type="checkbox"/>	Non (passer à la section 4)

A. Section à compléter pour une accréditation de groupe

Veuillez indiquer les coordonnées des sites (laboratoires) faisant partie de l'accréditation de groupe			
Nom du site	Adresse complète (numéro municipal et rue, ville, province, code postal)	Pays	N° de téléphone

4. EMBLEMES APPLICABLES À L'ACCRÉDITATION

Si la demande du client comporte des emplacements clés qui s'ajoutent au siège social ou des centres de prélèvements relevant de la gestion du laboratoire, veuillez les indiquer ci-dessous :				
<ul style="list-style-type: none"> les clients doivent préciser à quelle accréditation s'appliquent les renseignements fournis et veiller à ce que ceux-ci soient liés à leur demande d'accréditation. 				
Nom	Adresse complète (numéro municipal et rue, ville, province/état, code postal)	Pays	N° de téléphone	Nom du responsable

5. TYPE D'ACCREDITATION DEMANDEE

<input type="checkbox"/>	Accréditation initiale					
<input type="checkbox"/>	Transfert d'accréditation					
Délai souhaité pour la première évaluation :	<input type="checkbox"/>	Moins de 6 mois	<input type="checkbox"/>	Entre 6 et 12 mois	<input type="checkbox"/>	Plus de 12 mois

6. RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES

L'organisme principal détient-il des accréditations ou des certifications actuellement? (ISO 15189, ISO/IEC 17025, ISO 9001, ISO 14001, etc.)	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Si oui, selon quelle norme?				
Quel est votre organisme d'accréditation ou de certification?				
Seriez-vous intéressé à être contacté par un représentant du BNQ pour analyser les différentes options d'accréditation ou de certification?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Avez-vous bénéficié de l'aide d'un consultant pour l'implantation et la mise en œuvre de votre système?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
(Nom et entreprise) :				
Comment avez-vous entendu parler du BNQ?	<input type="checkbox"/>	Site web BNQ		
	<input type="checkbox"/>	Consultant		
	<input type="checkbox"/>	Réseaux sociaux (ex. LinkedIn)		
	<input type="checkbox"/>	Publicité		
	<input type="checkbox"/>	Autre :		

7. RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES POUR UN TRANSFERT D'ACCREDITATION

Indiquer l'organisme d'accréditation (OA) actuel :				
Expliquer la raison de la demande :				
Le candidat accepte-t-il que le BNQ discute au besoin de son dossier avec l'autre OA.	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

8. DOCUMENTS REQUIS

Documents à fournir		Pièce jointe
1.	Liste des disciplines et méthodes	
2.	Liste des principes analytique/équipements	
3.	Nombre d'employés par secteur/discipline	

9. DÉCLARATION

<i>Je suis un dirigeant de l'entreprise et, à ce titre, je suis habilité à la lier aux conditions de la présente demande.</i>		<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Déclaration					
<p>1. J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire de demande et dans les documents complémentaires sont exacts et concernent véritablement l'organisme candidat.</p> <p>2. Le candidat doit soumettre un exemplaire de chacune des méthodes énumérées dans la portée. Cela s'applique à tous les établissements où se déroulent les activités d'évaluation de la conformité.</p> <p>3. Le candidat s'engage à respecter en tout temps les exigences relatives à l'accréditation (notamment les changements qui y sont apportés) pour les domaines dans lesquels il souhaite se faire accréditer en fournissant l'accès aux renseignements, aux documents et aux dossiers nécessaires pour évaluer et préserver l'accréditation.</p> <p>4. Le candidat comprend que les organismes accrédités sont tenus de signer l'accord d'accréditation et de le respecter.</p> <p>5. Le candidat s'engage à couvrir et à dégager le BNQ, ses administrateurs, ses employés et les personnes qui participent aux activités du programme d'accréditation du BNQ de toute responsabilité à l'égard des dommages ou des pertes liés, de quelque façon que ce soit, aux services d'accréditation fournis par le BNQ à l'organisme candidat. Le candidat s'engage également à contracter et à conserver une assurance responsabilité civile professionnelle générale ou à prouver qu'il possède une autoassurance appropriée.</p>					
Pour (nom du laboratoire) :					
Nom :					
Titre :					
Date :					

Envoi de la demande

Veillez faire parvenir votre demande dûment remplie et les documents complémentaires requis au **responsable de programme** ou au bnqinfo@bnq.gc.ca.

Veillez faire parvenir le paiement des droits de demande à l'adresse ci-dessous. Pour toute question portant sur un sujet autre que les droits, communiquez avec notre Service aux clients, en composant le 1 800 386-5114.

Bureau de normalisation du Québec
333, rue Franquet
Québec (Québec) G1P 4C7