

Etablissement _____

Représenté par (nom, titre) _____

S'engage à :

- Participer à la réalisation de l'enquête de perception de la Qualité de vie au travail commandée par l'ANFH Limousin auprès d'ORATORIO et IPSOS, à destination de tous les personnels médicaux et non médicaux
- Mobiliser les ressources utiles à l'atteinte de l'objectif défini avec le prestataire mandaté par l'ANFH
- Respecter les modalités et le planning de déploiement
- Communiquer les modalités et codes d'accès à l'enquête via le bulletin de paie du mois de Février 2018 (pour garantir un taux de retour maximal, il est préconisé de communiquer exclusivement sur ce sujet via le bulletin de paie du mois de février)
- Désigner un/des référent(s) chargé(s) d'assurer le lien avec l'ANFH et le prestataire. Ceux-ci participeront notamment à la journée des référents fixée au 11 janvier 2018 dédiée à la mise en place opérationnelle de l'enquête. Il s'agit de la ou des personne(s) suivante(s) :

NOM PRENOM	FONCTION	TELEPHONE	ADRESSE MAIL
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

En contrepartie de ces engagements, l'établissement :

- Bénéficie du dispositif d'enquête QVT clé en main proposé par l'ANFH
- Bénéficie des financements mobilisés par l'ANFH
- A l'issue des opérations et de la réunion de restitution des résultats régionaux fixée au 28 juin 2018, disposera des résultats de l'enquête à l'échelon de son établissement

Merci de nous préciser comment est géré l'envoi des bulletins de paie :

- En interne
- Par un prestataire : (nom et coordonnées à préciser) _____

Pour ceux qui font appel à un prestataire, merci de remplir ce cadre complémentaire :

M _____	Titre _____
<input type="checkbox"/> Autorise ORATORIO à prendre contact avec le prestataire pour organiser cet envoi.	

Merci de nous préciser par qui est géré votre système informatique :

- En interne
- Par un prestataire : (nom et coordonnées à préciser) _____

Pour ceux qui font appel à un prestataire, merci de remplir ce cadre complémentaire :

M _____	Titre _____
<input type="checkbox"/> Autorise ORATORIO et IPSOS à vérifier avec ce prestataire les prérequis techniques.	

A _____

Le _____

Signature du représentant de l'établissement

Signature de l'ANFH

Signature d'ORATORIO – MNH group