

DESIGNATION D'UN MANDATAIRE  
 ET SUPPRESSION D'UN MANDAT

À l'aide de ce formulaire, le représentant légal d'une structure ou la personne dûment habilitée à signer le Contrat (« l'Abonné ») peuvent désigner, sous leur responsabilité, une personne physique en qualité de mandataire.

Il a pour mission de conduire, pour le compte de l'Abonné, la procédure de commande jusqu'à son terme et de gérer, le cas échéant, le cycle de vie des produits de certification.

Le mandataire peut ainsi représenter l'Abonné pour :

- commander des produits de certification distribués par l'ASIP Santé ;
- mettre en opposition des cartes en cas de perte, vol ou dysfonctionnement ou révoquer des certificats ;
- demander la réfection des codes confidentiels perdus (réédition des plis sécurisés) ;
- actualiser les données relatives aux porteurs de produits.

Dans le cadre de cette délégation, il est habilité à signer tout formulaire relatif aux produits de certification. Il dispose pour ce faire et en fonction de sa profession d'une carte CPS, CPE, ou CPA.

**Le mandataire ne peut ni signer de contrat de commande de produits de certification, ni le résilier, ni désigner lui-même un mandataire.**

## 1. NUMERO DE CONTRAT STRUCTURE

N° Contrat :

Si vous connaissez le numéro de contrat de commandes de produits de certification existant, veuillez le mentionner ici.

## 2. IDENTIFICATION DE L'ABONNÉ

Dénomination de la structure

SIRET

FINESS géographique

Code postal

Commune

## 3. DEMANDE RELATIVE AUX MANDATAIRES

## Identification de la nature de la demande :

- Cochez la case s'il s'agit d'une désignation d'un nouveau mandataire.
- Cochez la case s'il s'agit de mettre fin à la mission d'un mandataire précédemment déclaré.

## Identification du mandataire nouvellement désigné ou dont l'habilitation est supprimée :

 M.  Mme 

Numéro de la dernière carte active (situé sous le nom du porteur)

 Nom de famille /  
(cf. Art. 3 des conditions générales)


Prénoms

Nom d'usage

Prénom usuel

Téléphone

Adresse courriel

 • Si le mandataire exerce une profession gérée par le RPPS<sup>1</sup>

→ N° RPPS

• Si le mandataire exerce une autre profession de santé pouvant bénéficier d'une carte CPS

→ N° ADELI

• Si le mandataire exerce une profession autre que celles précitées

→ Matricule

## 4. JUSTIFICATIFS À JOINDRE A CE FORMULAIRE DUMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ

- Photocopie recto/verso d'un justificatif d'identité du nouveau mandataire : carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour ou de résident.

*Je certifie exactes les informations mentionnées dans le présent formulaire. (Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé).*

Date, nom, prénom et signature du « Représentant légal » et cachet de la structure

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| j | j | m | m | a | a | a | a |

Ce formulaire accompagné du justificatif d'identité du mandataire est à renvoyer à :

**ASIP Santé**  
**Service Relations Clients**  
**BP 80210**  
**86963 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL Cedex**

[monserviceclient.cartes@asipsante.fr](mailto:monserviceclient.cartes@asipsante.fr)

<sup>1</sup> Les professions de santé gérées actuellement par le RPPS sont les suivantes : sage-femme, médecin, chirurgien-dentiste ou pharmacien