

**DESIGNATION OU CHANGEMENT D'UN (OU DES)  
ADMINISTRATEUR(S) TECHNIQUE(S) DE CERTIFICATS LOGICIELS**

À l'aide de ce formulaire, le représentant légal d'une structure, signataire du Contrat Structure ou du Contrat PSL (« l'Abonné »), peut désigner sous sa seule responsabilité, des personnes physiques en qualité d'administrateurs techniques, aux fins de procéder en son nom et pour son compte à la phase technique de demande et de récupération des certificats émis par l'ASIP Santé. L'Abonné peut également utiliser ce formulaire pour supprimer les habilitations à un (ou des) administrateur(s) technique(s).

L'administrateur technique ne peut ni signer de contrat de commande de produits de certification, ni le résilier ni désigner lui-même un autre administrateur. Il doit disposer d'une carte CDE, CPE, CDA, CPA ou CPS pour accéder aux services de certification de l'ASIP Santé.

L'administrateur technique peut représenter l'Abonné pour les opérations suivantes :

- générer les clés cryptographiques destinées à sécuriser le serveur ou le poste de travail ;
- préparer la demande de certification de la clé publique et l'envoyer à l'ASIP Santé via la plateforme de certification ;
- récupérer le certificat émis par l'ASIP Santé et l'installer dans le magasin de sécurité du serveur ou du poste de travail ;
- révoquer les certificats.

L'administrateur technique assume en cette qualité les obligations qui pèsent sur l'Abonné relatives aux tâches sus décrites. En particulier, il s'engage à respecter les clauses des politiques de certification de l'ASIP Santé qui le concernent et notamment à mettre en œuvre les mesures de sécurité mentionnées à l'article 4.1 des Conditions Générales d'Utilisation relatives à la protection des clés privées du serveur.

**1. NUMERO DE CONTRAT**

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**

Pour rappel, la qualité d'Abonné est réservée aux personnes morales de droit public ou privé relevant des domaines de la santé et du médico-social. La qualité d'Abonné est indispensable pour commander des Certificats logiciels.

**2.1 IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**

Dénomination de la structure

N°SIRET

FINESS géographique

Code postal

Commune

Téléphone

Adresse courriel

**2.2 IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL OU DU MANDATAIRE**
M.  Mme Numéro de la dernière carte active  
(situé sous le nom du porteur)

Nom et prénom

Téléphone

Adresse courriel

**3. DEMANDE RELATIVE AUX ADMINISTRATEURS TECHNIQUES**
**■ Identification du Common name du certificat :**

Précisez ensuite le **nom de domaine**<sup>1</sup> utilisé par le serveur. Ce nom dépend de votre architecture technique : nom de serveur, nom de domaine réseau ou internet, adresse de messagerie.

**Nom de serveur** (facultatif)  
Valable pour certificats de type SSL ou SMIME

**Nom de domaine** (obligatoire)  
pour certificats de type SSL ou SMIME

**■ Identification de l'administrateur technique :**

Les administrateurs techniques doivent disposer obligatoirement d'une carte CDE, CPE, CDA, CPA ou CPS nécessairement nominative.

Nom	Prénom	Téléphone <sup>2</sup>	Adresse courriel	N° carte	Actions	
					<input type="checkbox"/> Ajouter	<input type="checkbox"/> Supprimer
					<input type="checkbox"/> Ajouter	<input type="checkbox"/> Supprimer
					<input type="checkbox"/> Ajouter	<input type="checkbox"/> Supprimer

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).

La signature par le représentant légal ou le mandataire du présent formulaire entraîne acceptation par ce dernier des conditions décrites au point 3 et de l'ensemble des documents constituant le Contrat de commande des produits de certification (cf. Art. 2 des conditions générales).

Date, nom, prénom et signature du représentant légal ou du mandataire et cachet de la structure

j j m m a a a a

Ce formulaire est à renvoyer à :  
**ASIP Santé - Service Relations Clients**  
2 avenue du Président Pierre Angot  
Technopole Hélio parc  
64053 PAU CEDEX 9

Adresse courriel : [monserviceclient.certificats@asipsante.fr](mailto:monserviceclient.certificats@asipsante.fr)
**CADRE RESERVE A L'ASIP SANTÉ**

Pour l'ASIP Santé, le Directeur ou le représentant dûment habilité :

Date :

j j m m a a a a

<sup>1</sup> Le champ de données appelé « common name » ou « cn » a été fourni sous la forme « xxx.yyy » où « xxx » est le nom d'hôte (ou nom de serveur) et « yyy » est le nom de domaine appartenant à votre structure ou dont vous avez l'autorisation d'usage.

<sup>2</sup> Facultatif mais recommandé pour tous contacts avec l'ASIP Santé.