

Ce formulaire est destiné uniquement aux représentants légaux **qui ne peuvent pas être titulaires d'une carte CPS⁽¹⁾**. Il permet l'attribution d'une carte CDE ou d'une carte CDA (cf. article 3 des conditions particulières du Contrat).

1. NUMERO DE CONTRAT STRUCTURE

N° Contrat : Si vous connaissez le numéro de contrat de commandes de produits de certification existant (Contrat Structure), veuillez le mentionner ici.

2. IDENTIFICATION DE L'ABONNÉ

Dénomination de la structure

N°SIRET

FINESS géographique

Code postal Commune

Cadre destiné aux structures ayant une activité de fournisseur d'appareillage médical

Activité menée dans le cadre de la LPP et déclarée sur le K-bis comme activité principale (une seule case doit être cochée) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audioprothèse | <input type="checkbox"/> Prothèse oculaire |
| <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Epithèse |
| <input type="checkbox"/> Orthoprothèse | <input type="checkbox"/> Podo-orthèse |
| <input type="checkbox"/> Orthopédie-orthèse | <input type="checkbox"/> Prestataires et autres |

Mode d'exercice dans l'établissement Indépendant (Libéral) Salarié

Souhaitez-vous autoriser les professionnels de santé de votre structure à signer des lots de FSE ? oui Non

3. IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Si vous exercez une profession de santé pouvant bénéficier de cartes CPS⁽¹⁾, adressez-vous à votre autorité d'enregistrement compétente⁽²⁾ pour effectuer votre demande de carte CPS de représentant légal (cf. 2.2 des conditions particulières du Contrat).

S'il s'agit-il d'une demande consécutive à un changement de représentant légal, pensez à déclarer le départ du précédent représentant légal.

M. Nom de famille (cf. Art. 3 des conditions générales) / Prénoms _____ Numéro de matricule

Mme _____

Nom d'usage _____ Prénom usuel _____

Téléphone Adresse courriel

Adresse de livraison

Dénomination de la structure _____

Mention complémentaire _____

Numéro de voie _____ Complément de voie _____ Nom de voie _____ Libellé de voie _____

Boîte postale /Lieu-dit _____

Code postal _____ Commune _____

Pays _____

4. DEMANDE PARTICULIÈRE D'IMPRESSION

Libellé à imprimer sur les cartes de personnel de structure pour identifier la structure (ex : C.H. de Penmarc'h) :

5. JUSTIFICATIFS A JOINDRE

(sauf s'ils ont été déjà fournis au titre de l'établissement du Contrat)

Si ce formulaire est joint au Contrat de commandes de produits de certification, les pièces jointes listées ci-dessous ne sont à fournir qu'en un seul exemplaire.

- Photocopie recto/verso d'un justificatif d'identité : carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour ou de résident.
- Pour les directeurs d'établissements publics de santé, aucun autre justificatif que le visa du Centre National de Gestion n'est demandé
- Pour les autres représentants légaux de structure : copie de l'acte de nomination (décret, arrêté, décision, procès-verbal d'Assemblée Générale, etc.) et, le cas échéant, de l'extrait du K-bis datant de moins de 3 mois et mentionnant le nom du représentant légal.

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 » et cachet de la structure

j j m m a a a a

Date et cachet de l'Autorité d'enregistrement⁽²⁾ (le cas échéant)

j j m m a a a a

Une fois validé par l'Autorité d'enregistrement, ce formulaire, est à renvoyer à l'ASIP Santé :

ASIP Santé
 Service Relations Clients
 BP 80210
 86963 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL Cedex

monserviclient.cartes@asipsante.fr

⁽¹⁾ Les professions de santé qui peuvent actuellement bénéficier d'une carte CPS (pour lesquelles les procédures sont opérationnelles) sont les suivantes :

- sage-femme, médecin, chirurgien-dentiste ou pharmacien
- infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste, orthoptiste, opticien-lunetier, oculariste, audioprothésiste, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électro radiologie, orthoprothésiste, podo-orthésiste, épithésiste, orthopédiste-orthésiste, technicien de laboratoire, diététicien.

⁽²⁾ Les Autorités d'enregistrement compétentes sont les suivantes :

- le Centre National de Gestion pour les directeurs d'établissements publics de santé ;
- L'ARS pour les directeurs de laboratoires de biologie médicale, les responsables de transporteurs sanitaires, les propharmaciens ;
- Le Service de Santé des Armées (SSA).