

# NOTICE D'AIDE AU REMPLISSAGE DU FORMULAIRE N°201

DEMANDE D'ATTRIBUTION DE CARTE DE PROFESSIONNEL DE SANTE (CPS) AUXILIAIRES MEDICAUX SALARIES

## 1. NUMERO DE CONTRAT STRUCTURE

Le numéro de contrat est facultatif. Si toutefois vous connaissez ce numéro, vous pouvez le mentionner dans la case prévue à cet effet. S'il s'agit d'une demande consécutive à un changement de représentant légal, cochez la case prévue à cet effet et pensez à déclarer le départ du précédent représentant légal à l'ASIP Santé.

## 2. IDENTIFICATION DE L'ABONNE

Veillez remplir l'ensemble des champs présents.

## 3. IDENTIFICATION DU PORTEUR (le cas échéant, le porteur est également le représentant légal de la structure)

Veillez remplir l'ensemble des champs présents.

## 4. DESCRIPTION DE L'ACTIVITE

Les numéros SIREN/SIRET et FINESS géographique sont disponibles sur le site <http://finess.sante.gouv.fr/jsp/index.jsp>.

Le futur titulaire de la carte CPS doit **dater** et **signer** ce formulaire.

Le représentant légal de la structure (ou son mandataire) doit **dater**, **signer** et **apposer** le cachet de la structure sur ce formulaire.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) doit **dater** et **apposer** son cachet sur ce formulaire.

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). J'accepte par la signature des présentes conditions particulières l'ensemble des conditions fixées par le contrat de commande des produits de certification (cf. Art. 2 des conditions générales).

Le formulaire est à renvoyer :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :  
ASIP Santé - Service Relations Clients  
BP 80210  
86963 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL Cedex
- Soit par email à : [monserviceclient.cartes@asipsante.fr](mailto:monserviceclient.cartes@asipsante.fr)