

## NOTICE D'AIDE AU REMPLISSAGE DU FORMULAIRE N°301

DEMANDE D'ATTRIBUTION DE CARTE DE PERSONNEL DE STRUCTURE (CPE NOMINATIVE, CPE DE SERVICE, CPA)

Ce formulaire de commande de produits de certification est destiné aux représentants légaux de structures ou leurs mandataires. Pour les structures de soins, il sera attribué des cartes CPE nominatives ou des CPE de service. Pour les autres structures, autorisées par l'ASIP Santé, il ne pourra être attribué que des cartes CPA nominatives (pas d'offre de CPA de service).

Nous vous rappelons que les CPE, CPA et CPS peuvent être commandées directement en ligne via le téléservice TOM proposé par l'ASIP Santé (<https://tom.gip-cps.fr/tom/>) à l'exception des CPS des professions bénéficiant de la simplification administrative RPPS (médecins, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien). L'accès à ce téléservice est conditionné à l'usage de la carte de la famille CPS et le cas échéant à la déclaration préalable d'un mandataire.

### 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.

### 2. IDENTIFICATION DE L'ABONNÉ

Veillez remplir l'ensemble des champs présents.

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

### 3. STRUCTURE DESTINATAIRE DE LA DEMANDE

Veillez indiquer si vous souhaitez recevoir vos cartes à une nouvelle adresse.

### 4. DÉTAILS DE LA COMMANDE

La liste des cartes demandées devra être mentionnée dans les tableaux ci-après :

- Tableau 1 : liste des bénéficiaires de carte nominative (CPE ou CPA) ;
- Tableau 2 : liste des CPE de service (exclusivement pour les structures de soins).

*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 de l'ensemble des documents constituant le contrat de commande des produits de certification (cf. Art. 2 des conditions générales).**

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

Ce formulaire est à renvoyer :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :  
ASIP Santé - Service Relations Clients  
2 avenue du Président Pierre Angot  
Technopole Hélio parc  
64053 PAU CEDEX 9

- Soit par email à : [monserviceclient.cartes@asipsante.fr](mailto:monserviceclient.cartes@asipsante.fr)