

NOTICE D'AIDE AU REMPLISSAGE DU FORMULAIRE N°202

DEMANDE D'ATTRIBUTION DE CARTE DE PROFESSIONNEL DE SANTÉ (CPS) PROFESSIONS DE PROTHESISTE ET ORTHESISTE, OPTICIEN-LUNETIER ET AUDIOPROTHESISTE

Ce formulaire est destiné à tout professionnel de santé **ayant une activité de fournisseur d'appareillage médical**. Ce dernier peut exercer une activité libérale ou salariée.

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

Veuillez remplir l'ensemble des champs présents.

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

Veuillez remplir l'ensemble des champs présents.

4. DESCRIPTION DE L'ACTIVITE

Veuillez 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>.

L'adresse de correspondance est l'adresse à laquelle vous souhaitez recevoir votre carte.

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.

Ce formulaire est à renvoyer :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : ASIP Santé - Service Relations Clients
2 avenue du Président Pierre Angot
Technopole Hélioparc
64053 PAU CEDEX 9ASIP Santé - Service Relations Clients
- Soit par email à : monserviceclient.cartes@asipsante.fr