



Questionnaire relatif à l'attribution d'une carte de représentant légal pour les structures ne prenant pas en charge de patients / usagers F102

1. Objet du questionnaire

Le présent questionnaire s'adresse au représentant légal d'une structure ne prenant pas en charge de patients / usagers (ex : ARS, industriel du secteur de la santé ou du médico-social, intégrateur, GRADeS...).

Il a pour objet de vérifier l'éligibilité de la structure à commander et utiliser des moyens d'identification électronique (anciennement produits de certification) délivrés par l'Agence du Numérique en Santé (ANS).

Ce questionnaire complète le [formulaire de commande de carte de représentant légal \(F101\)](#) et le [contrat d'adhésion aux services de l'ANS relatifs aux moyens d'identification électronique](#). Ils doivent donc être transmis ensemble à l'ANS.

2. Prérequis à la demande

- Avoir complété le [formulaire de commande de carte de représentant légal \(F101\)](#) et le [contrat d'adhésion aux services de l'ANS relatifs aux moyens d'identification électronique](#) (hors structures libérales) et adresser ces 3 documents ensemble à l'ANS.

3. Identification de la structure bénéficiaire (L'ensemble des champs doit être complété)

Structure			
Dénomination de la structure			
N° SIRET			
Adresse	N°		Type de voie (avenue, rue...)
	Libellé de la voie		
	Code postal		Commune
Représentant légal			
Nom			
Prénom			
Téléphone portable			
Email professionnel			

4. Informations spécifiques

Précisions sur la typologie de la structure bénéficiaire

Cochez l'une des cases suivantes

Cas 1	Organisation institutionnelle du secteur de la santé ou du médico-social
Cas 2	Fournisseur ou opérateur de service ⁽¹⁾ , éditeur ou intégrateur
Cas 3	Autre type de structure

- (1) - Fournisseur de service : structure gérant le service en lien direct avec le client utilisateur (exemple : fournisseur de solutions de gestion de cabinet en mode SAS destinées aux professionnels de santé, fournisseur de services aux patients...);
- Opérateur de service : structure qui agit en sous-traitance pour le compte d'une autre structure qui est en lien direct avec le client utilisateur (exemple : hébergeur de données de santé, service d'archivage informatique...).

Moyens d'identification électronique souhaités

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la page suivante : <https://esante.gouv.fr/procedures/conditions-generales-utilisation>

Décrivez ci-dessous le service que vous déployez, et les moyens d'identification électronique dont vous avez besoin avec leurs usages (contexte d'utilisation) pour mener à bien votre projet ?

Cadre à remplir uniquement par les fournisseurs, opérateurs de service, éditeurs ou intégrateurs (Cas 2)

4.1 - Questions complémentaires

1 - Le service est-il destiné à des utilisateurs du secteur de la santé ou du médico-social ?

Oui → [répondez à la question suivante.](#)

Non → **votre structure n'est pas éligible pour ce service aux moyens d'identification électronique de l'ANS.**

2 - Le service traite-t-il de données de santé à caractère personnel ?

Oui → [répondez à la question suivante.](#)

Non → [répondez aux questions de la section 4.2, puis envoyez le questionnaire pour instruction par l'ANS.](#)

3 - Assurez-vous un service de gestion technique de certificats délivrés par l'ANS auprès de vos clients ?

Oui → [envoyez ce questionnaire pour instruction par l'ANS.](#)

Non → [répondez à la question suivante.](#)

4 - Êtes-vous un hébergeur agréé de données de santé (HDS) pour l'application objet du service (cf. art. L1111-8 du code de la santé publique) ou utilisez-vous les services d'un hébergeur agréé de données de santé ? Si oui lequel ?

Oui → [indiquez ci-dessous le nom de votre hébergeur agréé de données de santé le cas échéant, puis envoyez ce questionnaire pour instruction par l'ANS.](#)

Non → **votre structure n'est pas éligible, pour ce service, aux moyens d'identification électronique de l'ANS.**

4.2 - Présentation de votre service (à ne remplir que si vous avez répondu « Non » à la question 2 de la section précédente).

Si besoin, vous pouvez joindre à ce questionnaire, toute documentation utile à l'ANS relative à votre service

1 - Indiquez de manière succincte les principes fonctionnels et applicatifs de votre service. Précisez notamment les flux dématérialisés et les mesures de sécurité destinées à les protéger.

2 - Qui sont les utilisateurs de votre service et les principales fonctionnalités auxquelles ils ont accès ?

3 - L'application est-elle utilisée par les seuls personnels salariés de votre structure ?

Oui → décrivez ci-dessous les profils de personnels auxquels seront délivrées les cartes CPA et leur utilisation.

Non → précisez ci-dessous quelles sont les structures qui emploient ces personnels.

Je certifie avoir lu et accepté les [conditions générales d'utilisation relatives aux moyens d'identification électronique](#).

Je certifie exactes les informations mentionnées ci-dessus. Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction de votre demande ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé.

Date

Signature du « Représentant légal »

Ce formulaire est à envoyer **signé et daté** à l'adresse e-mail suivante :

monservicclient.cartes@esante.gouv.fr

Pour toutes questions relatives à ce formulaire, vous pouvez utiliser cette même adresse mail.

5. Prochaines étapes

- 📍 L'ANS étudie les réponses du présent questionnaire et statue sur l'éligibilité de votre structure à bénéficier de moyens d'identification électronique.
- 📍 **Si votre demande est recevable :**
 - Le représentant légal de la structure est informé par email de la bonne réception et du transfert de sa demande au service concerné pour traitement ;
 - L'ANS envoie la carte de représentant légal à l'adresse indiquée dans le [formulaire de commande de carte de représentant légal \(F101\)](#).
- 📍 **Si votre demande est irrecevable :**
 - Le refus est notifié.