Formulaire de commande de carte pour le représentant légal d'une structure F101

AGENCE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ
La transformation commence ici

1. Objet du formulaire

Le présent formulaire s'adresse au représentant légal d'une structure qui n'est pas un professionnel de santé, et qui ne peut donc pas être titulaire d'une carte CPS.

Il a pour objet de permettre l'attribution au représentant légal non professionnel de santé :

- d'une carte CDE (Carte de Directeur d'Etablissement), si celui-ci exerce dans une structure prenant en charge des patients / usagers ;
- d'une carte CDA (Carte de Directeur de structure Autorisée), s'il exerce dans une structure ne prenant pas en charge de patients / usagers.

2. Prérequis à la demande

- Avoir signé le contrat d'adhésion aux services de l'ANS relatifs aux moyens d'identification électronique (hors structures libérales) ;
- **[Facultatif]** Dans le cas d'une demande de carte CDA, avoir complété le questionnaire relatif à l'attribution d'une carte CDA et le transmettre à l'ANS en même temps que ce présent formulaire. Cela permet d'étudier l'éligibilité de la structure à recevoir ce type de cartes ;
- Avoir réuni l'ensemble des pièces justificatives mentionnées en fin de document **(section 5)**.

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

Structure	
Dénomination de la structure	
FINESS géographique (uniquement pour les structures prenant en charge des patients / usagers)	
ou N°SIRET	
Représentant légal	
Civilité	◯ M. ◯ Mme
Nom	
Prénom(s)	
Numéro de matricule (si disponible)	
Téléphone portable	
Email professionnel	

4. Informations spécifiques

[Facultatif] Adresse de livraison de la carte (uniquement si différente de l'adresse de la structure renseignée dans le contrat d'adhésion)				
Adresse	Nom de l'établissement			
	N°		Type de voie (avenue, rue...)	
	Libellé de la voie			
	Code postal		Commune	
	Pays			

Les données à caractère personnel recueillies via ce formulaire sont collectées et conservées par l'Agence du Numérique en Santé aux fins de traitement des commandes et des gestions de la relation client. Pour exercer vos droits d'accès, de rectification, de suppression ou d'opposition pour motif légitime : dpo@esante.gouv.fr.

[Facultatif] Demande particulière d'impression
Libellé à imprimer sur les cartes de personnel de structure pour identifier la structure (ex : C.H. de Penmarc'h) :

Cadre obligatoire pour les structures ayant une activité de fournisseur d'appareillage médical	
Activité menée dans le cadre de la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP) et déclarée sur le K-bis comme activité principale. Une seule case doit être cochée.	
◯ Audioprothèse ◯ Optique ◯ Orthoprothèse ◯ Orthopédie-orthèse	◯ Prothèse oculaire ◯ Epithèse ◯ Podo-orthèse ◯ 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

5. Pièces justificatives à joindre *(sauf si elles ont déjà été fournies simultanément avec le contrat d'adhésion)*

Pour les directeurs d'établissement publics de santé :

- Aucun autre justificatif que le cachet du Centre National de Gestion (dans l'encart cachet de l'Autorité d'enregistrement prévu à cet effet).

Pour les autres représentants légaux :

- Photocopie d'un justificatif d'identité : carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour ou de résident ;
- Copie de l'acte de nomination désignant le représentant légal de la structure (décret, arrêté, décision, procès-verbal d'Assemblée Générale, extrait du K-bis datant de moins de 3 mois et mentionnant le nom du représentant légal etc.) ou de l'acte formalisant la délégation de signature.

☐ Je certifie avoir lu et accepté les conditions générales d'utilisation relatives aux moyens d'identification électronique.	
☐ Je certifie exactes les informations mentionnées mentionnée 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 » et cachet de la structure	Date Cachet de l'Autorité d'enregistrement (si besoin) (1)

Ce formulaire est à envoyer **signé et daté avec le cachet de la structure** (accompagné si nécessaire des pièces justificatives et du cachet de l'Autorité d'enregistrement susmentionnés) à l'adresse e-mail suivante :

monserviceclient.cartes@asipsante.fr

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

6. Prochaines étapes

- 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 de livraison choisie.

(1) 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 ;
- La CPAM pour les taxis ;
- Le Service de Santé des Armées (SSA)

Les données à caractère personnel recueillies via ce formulaire sont collectées et conservées par l'Agence du Numérique en Santé aux fins de traitement des commandes et de gestion de la relation client. Pour exercer vos droits d'accès, de rectification, de suppression ou d'opposition pour motif légitime : dpo@esante.gouv.fr.