| FICHE IDENTITÉ CPTS |
| --- |
| Nom de la CPTS |   |
|  Forme juridique  |   |
|  RNA n°*(Le cas échéant)*  |   |
|  Enregistrement en préfecture le*(Le cas échéant)* |   |
|  N° SIRET  |   |
|  Adresse de son siège social  |   |
| Coordonnées :- Téléphoniques- E-mail- Site internet |  |
|  Référents SSE (identités et coordonnées) :1 titulaireSuppléant(s) |   |
| Date de validation de la lettre d’intention et/ou du projet de santé par le comité régional de santé |   |
| Date de contractualisation à l’ACI :  |  |