| 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 titulaire  Suppléant(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 : |  |