



Demande d'attribution de carte de professionnel de santé (CPS) Auxiliaires Médicaux salariés F201

1. Objet du formulaire

Ce formulaire s'adresse exclusivement au professionnel de santé exerçant une activité salariée au sein d'une structure.

Si vous exercez une activité libérale, veuillez contacter l'ARS dans laquelle vous êtes inscrit pour faire votre demande de carte.

2. Numéro de contrat d'adhésion

N° Contrat

(Si vous connaissez le numéro de contrat d'adhésion existant, veuillez le mentionner ici)

3. Identification du Client

FINESS géographique

ou N° SIRET

Dénomination de la structure

4. Identification du porteur *(le cas échéant, le porteur peut être représentant légal de la structure ou mandataire)*

Civilité

M.

Mme

Nom de famille

Prénom(s)

Nom d'usage

Prénom usuel

N° ADELI

Profession

Adresse courriel

Téléphone

Langues parlées
par ordre de préférence

5. Description de l'activité

Si différents du Client, remplissez le N° FINESS / le N° SIRET et la dénomination de la structure :

FINESS géographique

ou N° SIRET

Dénomination de la structure

Êtes-vous représentant légal de la structure ?		<p>Oui <i>(Justificatifs à joindre à ce formulaire, voir section 6)</i> <i>S'il s'agit d'une demande consécutive à un changement de représentant légal ou mandataire, pensez à déclarer le départ du précédent représentant légal ou mandataire.</i></p> <p>Non</p>	
Uniquement si vous avez coché "Non" à la question "êtes-vous représentant légal de la structure ?"			
Avez-vous été désigné en qualité de mandataire pour la gestion des cartes ? <i>(Cf Conditions Générales d'Utilisation)</i>		Oui	Non
Adresse de livraison :			
Dénomination de la structure			
Mention complémentaire			
Adresse	N°		Type de voie (avenue, rue...)
	Libellé de la voie		
	Code postal		Commune
	Pays		

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

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

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	Date	Date
Signature du porteur	Nom, prénom et signature du «Représentant légal ou Mandataire » et cachet de la structure	Cachet de l'ARS (Agence Régionale de Santé)

Ce formulaire est à envoyer **signé et daté avec le cachet de la structure et le cachet de l'ARS** à l'adresse e-mail suivante : monserviceclient.cartes@esante.gouv.fr

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