



ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE

Formulaire de demande de l'INPE par les Etablissements de Santé

Informations relatives à l'établissement :

Demande : 1^{ère} demande d'enregistrement Mise à jour (INPE :.....)

Secteur : Public Privé Privé à but non lucratif

Nom ou Raison Sociale* :

Statut juridique :

Catégorie :
Officine de pharmacie
Laboratoire d'analyses médicales
Clinique ou établissement assimilé
Etablissements publics de soins et d'hospitalisation
Etablissement de soins et d'hospitalisation relevant de l'Etat

Adresse :

Préfecture / Province : Ville : Commune :

Téléphone : E-mail :

N° d'autorisation d'ouverture et d'exploitation : Date d'autorisation : / /

Identifiant à la taxe professionnelle : N° d'identification fiscale:

ICE : Date début d'activité : / /

Identification du directeur médical de l'établissement ou du pharmacien responsable :

Nom : Prénom :

N° INPE du directeur médical :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations énoncées ci-dessus.

J'ai pris connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse déclaration.

Fait à : le : / /

Signature et cachet du directeur de l'établissement ou
du pharmacien responsable

* La raison sociale doit être identique à celle portée sur l'autorisation d'ouverture et d'exploitation.

Veillez joindre à ce formulaire une copie de l'autorisation définitive d'ouverture et d'exploitation pour les cliniques ou les établissements assimilés et les laboratoires d'analyses médicales.

Les données insérées dans ce formulaire permettront à l'ANAM l'élaboration et la mise à jour du référentiel des professionnels de santé sur la base de l'attribution de l'INPE.
Le référentiel est transmis aux organismes gestionnaires de l'AMO de base.

Vous pouvez exercer vos droits d'information, d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant au département conventionnement et normalisation de l'ANAM.