

Démarche : Demande de confirmation des autorisations suite à cession

Organisme : ARS ARA - DOS – Pôle planification sanitaire

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

Formulaire

Madame, Monsieur,

Je vous remercie de compléter avec attention ce formulaire de demande de confirmation des autorisations suite à cession proposé dans une logique de simplification et de qualité de service.

Après avoir complété ce formulaire de présentation de votre demande, vous pourrez déposer en pièce jointe le dossier justificatif dont le contenu doit répondre aux prescriptions de l'article R6122-32-1 du code de la santé publique (https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038443860), ainsi que l'article R6122-35 (acte de cession) <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000036627598/2018-02-22/>.

Pour faciliter le traitement de votre demande, je vous invite à procéder à deux dépôts distincts:
- d'une part, déposer un export PDF de votre dossier justificatif depuis votre logiciel de traitement de texte (Word, Writer...)
- et d'autre part à déposer les annexes au format qui vous conviendra.

Cette procédure a vocation à remplacer définitivement la version papier de vos demandes d'autorisations mais ne modifie pas la procédure de traitement habituelle.

Merci d'établir un formulaire par demande d'autorisation.

La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de l'Agence Régionale de Santé.

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 (décret 2018-687 du 1er août 2018), vous pouvez accéder aux données vous concernant. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'ARS (ars-ara-dpd@ars.sante.fr).

Numéro de département de l'entité géographique

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 01

☐

Demande de confirmation des autorisations suite à cession

☐ 07

☐ 15

☐ 26

☐ 38

☐ 42

☐ 43

☐ 63

☐ 69

☐ 73

☐ 74

Personne contact

Nom

Prénom

Fonction exercée

Téléphone

E-mail

Mail de contact pour échanges avec ARS ARA

Entité juridique

Numéro Finess EJ

Raison sociale

Entité établissement

Numéro FINESS géographique ET

Différent du numéro EJ, vous pouvez le trouver dans l'annexe de l'arrêté d'autorisation

Nom du site

Demande de confirmation des autorisations suite à cession

Demande de confirmation suite à cession

Activités de soins et/ou EML

Veuillez préciser les activités de soins (avec leur modalité et forme) et/ ou EML concernés par la confirmation suite à cession

Dossier d'autorisation

Dossier d'autorisation

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièces jointes

Possibilité de joindre plusieurs pièces en cliquant sur "ajouter un élément pour dossier d'autorisation"

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièces jointes

Possibilité de joindre plusieurs pièces en cliquant sur "ajouter un élément pour dossier d'autorisation"

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièces jointes

Possibilité de joindre plusieurs pièces en cliquant sur "ajouter un élément pour dossier d'autorisation"

Engagements

Je soussigné le représentant légal de l'établissement précité, déclare sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées

Les informations fournies sur ce document engagent l'entière responsabilité du représentant légal et doivent correspondre à la réalité de la situation exacte de l'établissement

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Signature (nom et prénom) du représentant légal