

Démarche : Mise à jour de données - Médecins agréés

Organisme : test@ars.sante.fr

## Identité du demandeur

|          |                      |
|----------|----------------------|
| Email    | <input type="text"/> |
| Civilité | <input type="text"/> |
| Nom      | <input type="text"/> |
| Prénom   | <input type="text"/> |

## Formulaire

Ce formulaire concerne les modifications de listes en cours de validité (changement de coordonnées dans le même département, retraits des listes en cours).

Pour toute inscription, merci d'utiliser le formulaire "inscription sur la liste des médecins agréés". Ce formulaire est à utiliser dans le cas d'un changement de département (inscription sur la liste du nouveau département).

### Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ 01 Ain
- ☐ 03 Allier
- ☐ 07 Ardèche
- ☐ 15 Cantal
- ☐ 26 Drôme
- ☐ 38 Isère
- ☐ 42 Loire
- ☐ 43 Haute-Loire
- ☐ 63 Puy-de-Dôme
- ☐ 69 Rhône
- ☐ 73 Savoie
- ☐ 74 Haute-Savoie

Les médecins généralistes et spécialistes peuvent être agréés, sous réserve de remplir les conditions fixées par le

Ce formulaire concerne les modifications de listes en cours de validité (changement de coordonnées, retrait). Pour toute inscription, merci d'utiliser le formulaire "inscription sur la liste des médecins agréés"

Date d'application du changement déclaré

Nom

Prénom

N° RPPS

11 chiffres

J'exerce en qualité de :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ généraliste

☐ spécialiste

## Demande de modification de coordonnées professionnelles DANS LE MEME DEPARTEMENT

EN CAS DE CHANGEMENT DE DEPARTEMENT, VEUILLEZ UTILISER LE FORMULAIRE D INSCRIPTION

Modification du complément d'adresse

Exemple : centre hospitalier

Modification du numéro et nom de rue

Modification du code postal

Modification de la ville

Modification du numéro de téléphone professionnel

Ce numéro apparaîtra sur le site internet de l'ARS.

Modification de l'email professionnel

## Demande de retrait de la liste des médecins agréés

Mise à jour de données - Médecins agréés  
Je demande à ne plus figurer sur la liste des médecins agréés

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Observations éventuelles

Titre d'identité