

Démarche : Déclaration de cessation d'activité d'un laboratoire de biologie médicale

Organisme : Département d'Accès aux soins primaires

Identité du demandeur

Email

Etablissement
SIRET

Dénomination

Forme juridique

Formulaire

Le présent formulaire vous permet de déclarer à l'Agence régionale de santé Pays de la Loire la cessation d'activité d'un laboratoire de biologie médicale (LBM).

Cette démarche ne concerne que les LBM dont le siège social est situé dans la région Pays de la Loire.

Pour les LBM dont le siège social est situé en dehors des Pays de la Loire, il convient de se rapprocher de l'Agence régionale de santé de la région concernée.

Identité du/des demandeur(s)

Département du siège social

Si le siège social se trouve en dehors de la région Pays de la Loire, veuillez vous adresser à l'Agence régionale de santé concernée.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 44 - Loire-Atlantique

☐ 49 - Maine-et-Loire

☐ 53 - Mayenne

☐ 72 - Sarthe

☐ 85 - Vendée

NOM et Prénom du déclarant

Veuillez renseigner les nom et prénom de la personne qui déclare la cessation définitive d'activité du laboratoire de biologie médicale.

Téléphone

Déclaration de cessation d'activité d'un laboratoire de biologie médicale

Merci d'indiquer à quel numéro de téléphone vous pouvez être contacté(e) par l'ARS en cas de besoin

Courrier électronique de contact

Merci d'indiquer une adresse électronique de contact si différente de l'adresse électronique utilisée à la création du compte démarches-simplifiées.

Le déclarant est-il le représentant légal du laboratoire de biologie médicale ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Représentant légal du laboratoire de biologie médicale

Nom et prénom

Veuillez indiquer le nom et le prénom du ou d'un représentant légal du laboratoire de biologie médicale

adresse électronique

Veuillez indiquer l'adresse électronique de contact du représentant légal du laboratoire

Téléphone

Veuillez indiquer les coordonnées téléphoniques du représentant légal du laboratoire.

Nom et prénom

Veuillez indiquer le nom et le prénom du ou d'un représentant légal du laboratoire de biologie médicale

adresse électronique

Veuillez indiquer l'adresse électronique de contact du représentant légal du laboratoire

Téléphone

Veuillez indiquer les coordonnées téléphoniques du représentant légal du laboratoire.

Nom et prénom

Veuillez indiquer le nom et le prénom du ou d'un représentant légal du laboratoire de biologie médicale

adresse électronique

Veuillez indiquer l'adresse électronique de contact du représentant légal du laboratoire

Téléphone

Déclaration de cessation d'activité d'un laboratoire de biologie médicale

Veillez indiquer les coordonnées téléphoniques du représentant légal du laboratoire.

Informations concernant la fermeture du laboratoire de biologie médicale

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Déclaration de fermeture par le représentant légal du laboratoire de biologie médicale

Veillez compléter et signer la déclaration type.

Date de fermeture

Veillez indiquer la date de fermeture du laboratoire

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Décision de la structure concernant la cessation d'activité du laboratoire

Veillez fournir l'acte juridique par lequel la structure exploitant le LBM a décidé de la fermeture définitive du laboratoire : PV d'assemblée générale, extraordinaire, ordinaire, document de justice, acte de l'association ou de la fondation...

Le déclarant confirme que la fermeture du laboratoire est définitive et porte sur l'ensemble des sites du laboratoire de biologie médicale.

La prise en compte de la déclaration par l'ARS entrainera la fermeture définitive de l'ensemble des sites dans le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS ET). Plus aucune activité de biologie médicale ne sera possible sur l'ensemble de ces sites.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non