

Démarche : Déclaration préalable portant sur une modification des biologistes responsables et/ou co-responsables 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 une modification des biologistes responsables ou co-responsables d'un laboratoire de biologie médicale (LBM), en application des articles L.6222-1 et D.6222-9 du code de la santé publique.

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 du laboratoire de biologie médicale

Si le siège social se trouve en dehors de la région Pays de la Loire, veuillez vous adresser à l'ARS compétente

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 le nom et prénom de la personne qui déclare l'ouverture ou le transfert du nouveau site de laboratoire de biologie médicale.

Déclaration préalable portant sur une modification des biologistes responsables et/ou co-responsables

Téléphone

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

Responsable légal du laboratoire de biologie médicale

Nom et prénom

courrier électronique de contact

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

courrier électronique de contact

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

courrier électronique de contact

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

Téléphone

Veuillez indiquer les coordonnées téléphoniques du représentant légal du laboratoire.

Déclaration préalable portant sur une modification des biologistes responsables et/ou co-responsables

Présentation de l'opération envisagée

Date prévisionnelle de réalisation de l'opération

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Déclaration du ou des représentants légaux du laboratoire de biologie médicale

Cette déclaration doit être signée par le/les représentant(s) légaux du laboratoire de biologie médicale tel que désigné dans les statuts.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription à l'ordre pour chaque nouveau biologiste

Veuillez fournir un fichier unique (pdf, zip...) pour l'ensemble des nouveaux biologistes comportant :
Un certificat d'inscription au tableau de l'ordre compétent (à défaut, pour ces nouveaux biologistes non encore inscrits : la justification de la demande d'inscription, une copie de la carte nationale d'identité ou du passeport, une copie du diplôme d'Etat de médecin ou de pharmacien)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Liste à jour des sites, de la répartition du capital social, des biologistes responsable et/ou co-responsable et biologistes médicaux

Le support utilisé est libre, y intégrer les éléments demandés dans le modèle.