



# Auxiliaire médical réglementé

## Demande d'attribution de Carte de Professionnel de Santé

### 1. Identification du porteur

N°ADELI			
Civilité	M.	Mme	
Nom Patronymique			
Nom d'exercice			
Prénom usuel			
Profession			
Adresse de correspondance (si différente de l'adresse professionnelle)	N°		Type de voie (avenue, rue...)
	Libellé de la voie		
	Code postal		Commune
Téléphone			

Je certifie avoir lu et accepté les [conditions générales d'utilisation relatives aux moyens d'identification électronique](#).

Je certifie exactes les informations mentionnées ci-dessus. Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction de votre demande ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé.

Date

Cachet de l'ARS (Agence Régionale de Santé)

Date

Signature du Professionnel de Santé

Ce formulaire est à envoyer **signé et daté, avec le cachet de l'ARS** à l'adresse e-mail suivante :

[monservicclient.cartes@asipsante.fr](mailto:monservicclient.cartes@asipsante.fr)

Pour toutes questions relatives à ce formulaire, vous pouvez utiliser cette même adresse mail.