



ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE

Formulaire de demande du code INPE par les Etablissements de Santé

Informations relatives à l'établissement:

Nom ou Raison Sociale (1) :

Catégorie : Officine

Laboratoire d'analyses médicales

Clinique ou établissement assimilé

Etablissements publics de soins et d'hospitalisation

Etablissement de soins et d'hospitalisation relevant de l'Etat

Adresse :

Ville :

Code postal :

Préfecture/Province :

Commune :

Téléphone :

Fax :

E-mail * :

N° d'autorisation d'ouverture et d'exploitation :

Date d'autorisation :

N° d'identification fiscale :

Date début d'activité :

N° Patente :

Identification du Directeur médical de l'établissement :

Nom :

Prénom :

N° INPE :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations énoncées ci-dessus

J'ai pris connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse déclaration

Fait à : le : / /
Signature du Directeur de l'établissement :

Veillez joindre à ce formulaire une copie certifiée conforme à l'original de l'autorisation d'ouverture et d'exploitation délivrée par le Secrétariat Général du Gouvernement ou par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens pour les officines

(0) : La raison sociale doit être identique à celle portée sur l'autorisation d'ouverture et d'exploitation

* Il est important de renseigner l'adresse e-mail qui constitue le moyen privilégié de communication entre l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie et l'Etablissement de Santé.