



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* :

Catégorie : Officine de pharmacie

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 :

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

Date d'autorisation : / /

N° d'identification fiscale :

Date début d'activité : / /

N° Patente :

E-mail **:

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

Veuillez joindre à ce formulaire une copie de l'autorisation d'ouverture et d'exploitation délivrée par le Secrétariat Général du Gouvernement pour les cliniques ou les établissements assimilés et les laboratoires d'analyses médicales.

* 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 de communication privilégié entre l'ANAM et l'Etablissement de Santé.