

	FICHE INDIVIDUELLE DE CREATION DE COMPTE EXTRANET	
	Réf	Version

N° Demande : Date de la demande :/...../20

I – INFORMATIONS SUR LA STRUCTURE

NOM :

CODE CENTRE

II – INFORMATIONS SUR LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE AUTORISANT LA DEMANDE

Nom et prénoms :

Fonction :

Contacts téléphonique :

Adresse e-mail :

III – INFORMATIONS SUR LE BENEFICIAIRE

Nom :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Catégorie professionnelle :
(Médecin, infirmier, Sage-Femme, Dentiste, Pharmacien)

Spécialité :

N° Ordre :
(Obligatoire pour médecins, pharmaciens et dentistes)

Adresse e-mail valide :

Contacts téléphoniques :

IV-Type de bon à utiliser par le bénéficiaire (cocher la case correspondante)

- Soins ambulatoires
- Pharmacie
- Biologie et imagerie
- Hospitalisation
- Soins et prothèses dentaires

Responsable structure <i>(Date, signature et cachet)</i>	Direction des prestations <i>(Nom et prénom, Date, signature et cachet)</i>	Direction du système d'information <i>(Nom et prénom, Date, signature et cachet)</i>