

ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ D'UN CENTRE DE SANTÉ

I. Identification de l'organisme gestionnaire :

Raison sociale de l'organisme gestionnaire :

Adresse complète du siège social :.....
.....
.....

Numéro SIREN ou SIRET :.....

Nom et prénom du représentant légal :

Numéro de téléphone du représentant légal :

Adresse électronique du représentant légal :

II. Identification du centre de santé et de son ou ses antennes lorsqu'elles existent :

• Raison sociale du centre :

Adresse postale :

.....

Adresse électronique :

Numéro de téléphone :

Numéro SIREN ou SIRET :.....

Numéro FINESS du centre (*si déjà en fonctionnement*) :

• (*le cas échéant*) Nom de l'antenne N°1 :

Adresse postale :

.....

Adresse électronique :

Numéro de téléphone :

Numéro SIREN ou SIRET :.....

Numéro FINESS de l'antenne (*si déjà en fonctionnement*) :

- (le cas échéant) Nom de l'antenne N°2 :
- Adresse postale :
-
- Adresse électronique :
- Numéro de téléphone :
- Numéro SIREN ou SIRET :
- Numéro FINESS de l'antenne (si déjà en fonctionnement) :

Les antennes supplémentaires peuvent être indiquées sur papier libre, joint à ce document, en respectant les informations attendues.

III. Textes de référence et engagement

Je déclare que le centre de santé et son/ses antennes lorsqu'elles existent, mentionné(s) au II ci-dessus est/sont conforme(s) aux dispositions législatives et réglementaires relatives aux centres de santé et notamment, aux dispositions des articles L. 6323-1 à L. 6323-1-11, D. 6323-1 à D. 6323-8 du code de la santé publique ainsi qu'aux dispositions de l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé.

Je m'engage à porter à la connaissance de l'Agence Régionale de Santé toutes les modifications mentionnées à l'article D. 6323-10 du code de la santé publique et à fournir chaque année, avant le 1er mars, les informations mentionnées à l'article L. 6323-1-13 du code précité.

Je prends acte qu'en application des articles L. 1421-1 et L. 1435-7 du code de la santé publique, l'Agence Régionale de Santé peut, à tout moment après ouverture du centre de santé ou de son ou de ses antennes lorsqu'elles existent, faire procéder à une visite de conformité ou à une mission d'inspection.

| | |
|---|-------------|
| Nom et prénom : | Date : |
| Fonction : représentant légal de l'organisme gestionnaire | Signature : |

Les informations recueillies dans le cadre de cet engagement de conformité et du projet de santé auquel est annexé le règlement de fonctionnement font l'objet d'un traitement destiné à permettre aux agences régionales de santé l'instruction et le suivi des dossiers relatifs aux centres de santé. Elles sont destinées aux services de l'agence régionale de santé. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée en vous adressant à l'Agence Régionale de Santé de Martinique - Centre d'Affaires « AGORA » - CS 80656 - 97263 FORT DE FRANCE CEDEX.