

N° d'inscription à l'Ordre : _____

Date de l'inscription au tableau : ____/____/____

Formulaire de demande d'inscription d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires au Tableau de l'Ordre national des infirmiers

NB : En application de l'article L.4041-2 du Code de la santé publique (CSP), la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), lorsqu'il s'agit d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), peut salarier des professionnels de santé. Le cas échéant, elle demande préalablement son inscription au tableau de l'ordre du professionnel concerné (art. R. 4041-7 du CSP).

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Forme juridique de la société : SISA

Raison sociale ou Dénomination : _____

N° SIRET : _____*

N° Registre du commerce : _____*

Adresse du siège social :

N° : _____ Voie : _____

Code postal :

Ville :

Téléphone : _____ Portable : _____

Fax : _____ Courriel : _____
(facultatif) Ecrire lisiblement

Nom et prénom(s) du ou des mandataire(s) éventuellement désigné(s) (joindre le mandat signé) :

* Uniquement pour les sociétés déjà immatriculées

2. LES ASSOCIÉS

A compléter si les associés sont des infirmiers

NOM : _____ Prénom : _____

N° inscription au tableau de l'Ordre : _____

Nombre de parts : _____ Montant de la participation dans le capital : _____

NOM : _____ Prénom : _____

N° inscription au tableau de l'Ordre : _____

Nombre de parts : _____ Montant de la participation dans le capital : _____

NOM : _____ Prénom : _____

N° inscription au tableau de l'Ordre : _____

Nombre de parts : _____ Montant de la participation dans le capital : _____

NOM : _____ Prénom : _____

N° inscription au tableau de l'Ordre : _____

Nombre de parts : _____ Montant de la participation dans le capital : _____

TOTAL : _____

3. LES SALARIES

A compléter si les associés sont des infirmiers

NOM : _____ Prénom : _____

N° inscription au tableau de l'Ordre : _____

NOM : _____ Prénom : _____

N° inscription au tableau de l'Ordre : _____

NOM : _____ Prénom : _____

N° inscription au tableau de l'Ordre : _____

NOM : _____ Prénom : _____

N° inscription au tableau de l'Ordre : _____

Ordre
National
des
Infirmiers

4. ADRESSE DE L'ACTIVITÉ

Cabinet principal :

Adresse :

N° : Voie :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Cabinet secondaire :

Adresse :

N° : Voie :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Si plusieurs cabinets secondaires, indiquez les coordonnées sur papier libre joint au présent formulaire.

Chaque associé certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur la présente demande d'inscription et s'engage à transmettre les contrats relatifs à l'exercice de la profession, au local, avenants du contrat de société et toute modification de statuts.

Fait à : Le :

Signature de chaque associé : (précédé de la mention lu et approuvé)

PIÈCES À FOURNIR POUR L'INSCRIPTION D'UNE SOCIÉTÉ INTERPROFESSIONNELLE DE SOINS AMBULATOIRES AU TABLEAU DE L'ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS

Le dossier de demande doit être adressé complet, sous peine d'irrecevabilité, par lettre recommandée avec AR, ou remis sur place contre récépissé, au Conseil (inter)départemental de l'Ordre sur le territoire duquel est installé le siège de la société.

La demande est formulée par tous les associés. La personne mandatée pour accomplir les formalités en leur nom et pour leur compte doit être en mesure de justifier de son pouvoir de représentation.

Le dossier est accompagné du formulaire joint et des documents justificatifs suivants¹ :

- Un exemplaire des statuts de la société et de ses annexes.
- Un exemplaire de l'extrait Kbis de la société.
- Un certificat d'inscription de chaque associé et salarié infirmier au tableau, établi par le conseil départemental de l'ordre auquel est demandée l'inscription de la société ou, pour les associés ou salariés non encore inscrits à ce tableau, la justification de la demande d'inscription.
- Un chèque d'un montant de 170 euros à l'ordre de « Ordre national des infirmiers ».

Toutes modifications des statuts, du règlement intérieur ou de l'acte constitutif de la société intervenant au cours de la présente procédure doivent faire l'objet d'une information sans délai auprès du Conseil (inter)départemental de l'Ordre. Les modifications effectuées après l'inscription devront être transmises dans le délai d'un mois.

INFORMATION SUR LE TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies au moyen du présent formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par le Conseil (inter)départemental de l'Ordre des infirmiers aux fins de l'inscription au tableau en vertu des dispositions du Code de la santé publique. Pour toute information complémentaire sur le traitement de vos données personnelles, vous pouvez contacter votre Conseil (inter)départemental d'inscription.

Les données du formulaire doivent obligatoirement être fournies. Dans le cas contraire, si une des données demandées ne l'est pas, la demande d'inscription ne pourra pas être instruite.

Les données collectées sont communiquées aux services de l'Ordre des infirmiers dans la limite de leur attribution et aux fins de la gestion de votre dossier d'inscription au tableau de l'Ordre, ainsi qu'aux tiers institutionnels.

Les données du formulaire peuvent être utilisées par l'Ordre pour vous adresser des informations générales relatives aux missions de l'Ordre. Si vous souhaitez recevoir ces informations, veuillez cocher la case suivante

Conformément à la réglementation relative aux données à caractère personnelles (Règlement RGPD 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi Informatique et Libertés modifiée de 1978), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification sur vos données personnelles. Vous pouvez adresser votre demande auprès de votre Conseil (inter)départemental.

Si vous estimez, après avoir contacté l'Ordre, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés.

¹ Articles R. 4041-6 et suivants du Code de la santé publique