



**AGENCE DE
RÉGULATION
DE L'ACTION
SANITAIRE
ET SOCIALE**
*Piha 'Ohipa
no te Matutura'a
'O te Ea 'e te
Turunta'a*

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

suivre la notice d'utilisation

LE DEMANDEUR est:

LE PATIENT

SON REPRÉSENTANT LÉGAL

Cocher l'une des deux cases

L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale : Tél. : 40 48 82 35 - Fax. : 40 48 82 43 - secretariat@arass.gov.pf

Première demande

Renouvellement

Accord

Refus

Date de réception

Date de notification

Nom du Médecin Inspecteur

signature

Le service de distribution d'électricité prenant en compte la demande (EDT, commune etc)

Nom et adresse postale	Nom du responsable	
	Téléphone	
E mail	Date de prise en compte	signature

Si le patient n'est pas l'abonné au service de distribution d'électricité, remplir également la rubrique B

A LE PATIENT demandeur	B L'ABONNÉ au service de distribution d'électricité
Nom	Nom
Prénoms	Prénoms
Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)	Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)
Adresse postale	Adresse postale
Adresse géographique	Adresse géographique
E mail	E mail
Téléphone	Téléphone
Le cas échéant Prestataire de soins présentant la demande	E mail
	Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M _____ sollicite le bénéfice d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique à l'adresse désignée dans la rubrique L'ABONNÉ ci-dessus et pour **1 an**.

Je joins un **certificat médical** à l'appui de la demande.

Je déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 441-1 et suivants du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

Signature du patient ou de son représentant légal



**AGENCE DE
RÉGULATION
DE L'ACTION
SANITAIRE
ET SOCIALE**
*Piha 'Ohipa
no te Matutura'a
'O te Ea 'e te
Turunta'a*

DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

suivre la notice d'utilisation

LE DEMANDEUR est:

LE PATIENT

SON REPRÉSENTANT LÉGAL

Cocher l'une des deux cases

L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale: Tél. : 40 48 82 35 - Fax. : 40 48 82 43 - secretariat@arass.gov.pf

Première demande

Renouvellement

Accord

Refus

Date de réception

Date de notification

Nom du Médecin Inspecteur

signature

Le service de distribution d'électricité prenant en compte la demande (EDT, commune etc)

Nom et adresse postale	Nom du responsable	
	Téléphone	
E mail	Date de prise en compte	signature

Si le patient n'est pas l'abonné au service de distribution d'électricité, remplir également la rubrique B

A LE PATIENT demandeur	B L'ABONNÉ au service de distribution d'électricité
Nom	Nom
Prénoms	Prénoms
Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)	Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)
Adresse postale	Adresse postale
Adresse géographique	Adresse géographique
E mail	E mail
Téléphone	Téléphone
Le cas échéant Prestataire de soins présentant la demande	E mail
	Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M _____ sollicite le bénéfice d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique à l'adresse désignée dans la rubrique L'ABONNÉ ci-dessus et pour **1 an**.

Je joins un **certificat médical** à l'appui de la demande.

Je déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 441-1 et suivants du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le

Signature du patient ou de son représentant légal



DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

suivre la notice d'utilisation

LE DEMANDEUR est:

LE PATIENT
SON REPRÉSENTANT LÉGAL

Cocher l'une des deux cases

L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale: Tél. : 40 48 82 35 - Fax. : 40 48 82 43 - secretariat@arass.gov.pf

- Première demande
 Renouvellement

Date de réception

Nom du Médecin Inspecteur

- Accord
 Refus

Date de notification

signature

Le service de distribution d'électricité prenant en compte la demande (EDT, commune etc)

Nom et adresse postale	Nom du responsable	
E mail	Téléphone	signature
	Date de prise en compte	

Si le patient n'est pas l'abonné au service de distribution d'électricité, remplir également la rubrique B

A LE PATIENT demandeur	B L'ABONNÉ au service de distribution d'électricité
Nom	Nom
Prénoms	Prénoms
Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)	Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)
Adresse postale	Adresse postale
Adresse géographique	Adresse géographique
E mail	E mail
Téléphone	Téléphone
Le cas échéant	Prestataire de soins présentant la demande
	E mail
	Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M _____ sollicite le bénéfice d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique à l'adresse désignée dans la rubrique L'ABONNÉ ci-dessus et pour **1 an**.

Je joins un **certificat médical** à l'appui de la demande.

Je déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 441-1 et suivants du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le _____

Signature du patient ou de son représentant légal



DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

suivre la notice d'utilisation

LE DEMANDEUR est:

LE PATIENT
SON REPRÉSENTANT LÉGAL

Cocher l'une des deux cases

L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale: Tél. : 40 48 82 35 - Fax. : 40 48 82 43 - secretariat@arass.gov.pf

- Première demande
- Renouvellement

Date de réception

Nom du Médecin Inspecteur

- Accord
- Refus

Date de notification

signature

Le service de distribution d'électricité prenant en compte la demande (EDT, commune etc)

Nom et adresse postale	Nom du responsable	
E mail	Téléphone	signature
	Date de prise en compte	

Si le patient n'est pas l'abonné au service de distribution d'électricité, remplir également la rubrique B

A LE PATIENT demandeur	B L'ABONNÉ au service de distribution d'électricité
Nom	Nom
Prénoms	Prénoms
Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)	Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)
Adresse postale	Adresse postale
Adresse géographique	Adresse géographique
E mail	E mail
Téléphone	Téléphone
Le cas échéant	Prestataire de soins présentant la demande
	E mail
	Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M _____ sollicite le bénéfice d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique à l'adresse désignée dans la rubrique L'ABONNÉ ci-dessus et pour **1 an**.

Je joins un **certificat médical** à l'appui de la demande.

Je déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 441-1 et suivants du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le _____

Signature du patient ou de son représentant légal



DEMANDE D'INFORMATION PARTICULIÈRE EN CAS DE COUPURE DE COURANT ÉLECTRIQUE

suivre la notice d'utilisation

LE DEMANDEUR est:

LE PATIENT
SON REPRÉSENTANT LÉGAL

Cocher l'une des deux cases

L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale: Tél. : 40 48 82 35 - Fax. : 40 48 82 43 - secretariat@arass.gov.pf

- Première demande
 Renouvellement

Date de réception

Nom du Médecin Inspecteur

- Accord
 Refus

Date de notification

signature

Le service de distribution d'électricité prenant en compte la demande (EDT, commune etc)

Nom et adresse postale	Nom du responsable	
	Téléphone	signature
E mail	Date de prise en compte	

**Si le patient n'est pas l'abonné au service de distribution d'électricité,
remplir également la rubrique B**

A LE PATIENT demandeur	B L'ABONNÉ au service de distribution d'électricité
Nom	Nom
Prénoms	Prénoms
Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)	Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité)
Adresse postale	Adresse postale
Adresse géographique	Adresse géographique
E mail	E mail
Téléphone	Téléphone
Le cas échéant	Prestataire de soins présentant la demande
	E mail
	Téléphone

LA DEMANDE

Je soussigné(e) M _____ sollicite le bénéfice d'une information particulière et personnelle en cas de coupure de courant électrique à l'adresse désignée dans la rubrique L'ABONNÉ ci-dessus et pour **1 an**.

Je joins un **certificat médical** à l'appui de la demande.

Je déclare **sur l'honneur*** que les renseignements portés sur ce questionnaire sont exacts.

Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande.

* Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende (art. 441-1 et suivants du Code pénal).

LA SIGNATURE

Fait à
le _____

Signature du patient ou de son représentant légal

