



(3) FORMULAIRE D'IDENTIFICATION A REMPLIR PAR LE PATIENT

Le demandeur est : Le patient Son représentant légal (Cochez la case)

LE PATIENT	L'ABONNE au service de distribution d'électricité si les données sont différentes de celle du patient
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	
Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité - Mention Obligatoire)	Référence technique (indiquée sur la facture d'électricité - Mention Obligatoire)
Adresse postale :	Adresse postale :
Adresse géographique :	Adresse géographique :
E-mail :	E-mail :
Téléphone :	Téléphone :
LE PRESTATAIRE délivrant le matériel à domicile (obligatoire) : (Cochez la case)	
<input type="checkbox"/> APAIR APURAD <input type="checkbox"/> ISIS Médical Polynésie <input type="checkbox"/> SMP Polynésie <input type="checkbox"/> Pacific Care Polynésie <input type="checkbox"/> autres : à préciser.....	

J'autorise l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) : - à communiquer mon adresse géographique au référent de ma commune ; - à communiquer mon numéro de compteur lié aux soins à mon fournisseur d'électricité ; - à partager mes données personnelles en cas de situation sanitaire exceptionnelle avec les services qui collaborent à l'organisation des secours : le SAMU, la Direction de la protection civile du Haut-Commissariat, les services de secours des communes (pompiers) ; J'autorise mon prestataire de santé : - à communiquer au médecin de l'ARASS les informations utiles en cas de situation sanitaire exceptionnelle et lors des mises à jour.	(Cochez la case) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Je déclare sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts. Je m'engage à vous signaler tout changement modifiant cette demande. Fait à _____, le _____	Signature



(4) FORMULAIRE RESERVE A L'ARASS

Cadre réservé à l'ARASS		
Date de réception :	<input type="checkbox"/> Première demande <input type="checkbox"/> Renouvellement	Nom et signature du médecin de l'ARASS
Date de notification :		

Cadre réservé au service de distribution d'électricité prenant en compte la demande		
Raison sociale :	Date de prise en charge : Date de fin de prise en charge :	Signature
Téléphone :	Nom du responsable :	
Mail :		

Cadre réservé au service de la commune		
Commune :	Date de prise en charge : Date de fin de prise en charge :	Signature
Téléphone :	Nom du responsable :	
Mail :		