

Raison sociale de l'établissement :

Adresse de l'établissement.

Cachet de l'établissement

### Formulaire de demande

#### d'attribution d'une aide financière

#### suite aux déprogrammations des activités de soins des établissements de santé privés

N AM : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse électronique : .....

*(Indiquer l'adresse électronique sur laquelle vous souhaitez recevoir la notification de la décision)*

Je soussigné(e) Docteur ..... demeurant  
au ..... déclare sur  
l'honneur exercer une activité libérale au sein du ou des établissements de santé privés  
suivants (indiquer le numéro FINESS du ou des établissements) ...../...../...../...../.....  
et que mon activité en son / leur sein a été significativement impactée par les  
mesures prises par l'ARS à des fins de maîtrise de l'épidémie de covid-19 au cours du mois  
de décembre 2021.

Par la présente je sollicite donc auprès de l'assurance maladie le bénéfice de l'aide prévue par  
le II de l'article 1er ter de l'ordonnance n° 2020-505 du 2 mai 2020 instituant une aide aux  
acteurs de santé conventionnés dont l'activité est particulièrement affectée par l'épidémie de  
covid-19.

En formulant cette demande, j'accepte que la notification de la décision d'attribution de l'aide  
me soit envoyée sur l'adresse électronique susmentionnée par ma Caisse Primaire  
d'Assurance Maladie.

Fait à ....., le .....