

## Formulaire d'inscription éditeurs

Ce formulaire vous permet de soumettre votre première demande de création de compte utilisateur à l'Espace Personnel Editeurs du CNDA

Date de la demande : ..... /..... /.....

### Comment procéder ?

- 1. Vous complétez** le présent formulaire et l'envoyez à [contact.cnda@assurance-maladie.fr](mailto:contact.cnda@assurance-maladie.fr) (en cliquant sur le bouton en page 3).
- 2. Nous prenons contact** avec le responsable désigné de votre société pour valider les informations transmises et activer votre compte utilisateur.
- 3. Nous vous adressons** en retour votre Numéro d'Identification Editeur (NIE) à faire figurer sur tout protocole ou contrat adressé au CNDA.
- 4. L'obtention de ce NIE vous autorise à nous transmettre par voie électronique** tout protocole ou contrat paraphé et signé de manière manuscrite par une personne habilitée à engager juridiquement votre société.

### Informations générales

<b>Nom société</b>	
<b>Forme juridique</b>	
<b>Adresse administrative</b> <b>Code postal - Ville</b>	<i>Adresse à laquelle nous enverrons tous les courriers relatifs à votre demande</i>
<b>Email</b>	<i>Cet email sera utilisé comme adresse de contact (privilégiez un mail générique afin d'éviter tout problème durant nos échanges)</i>
<b>N° SIRET</b>	<i>Pour les entreprises et les professions libérales</i>
<b>N° RCS</b>	<i>Joindre un extrait K ou Kbis de moins de 3 mois à votre demande</i>
<b>N° FINESS</b>	<i>Pour les établissements de santé</i>
<b>URL site web société</b>	

## Formulaire d'inscription éditeurs

**Vous êtes éditeur de logiciel(s) pour**

<input type="checkbox"/> <b>PS libéraux</b>			
<input type="checkbox"/> Médecins	<input type="checkbox"/> Dentistes	<input type="checkbox"/> Auxiliaires Médicaux	<input type="checkbox"/> Pharmaciens
<input type="checkbox"/> Sages-Femmes	<input type="checkbox"/> Laboratoires	<input type="checkbox"/> Centres de Santé	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> <b>Fournisseurs</b>			
<input type="checkbox"/> Opticiens	<input type="checkbox"/> Audio Prothésistes	<input type="checkbox"/> Appareillage	<input type="checkbox"/> Prestataires de Santé
<input type="checkbox"/> <b>Transporteurs</b>			
<input type="checkbox"/> Ambulances et VSL		<input type="checkbox"/> Taxis	
<input type="checkbox"/> <b>Etablissements de Santé</b>			
<input type="checkbox"/> Hôpitaux publics		<input type="checkbox"/> Cliniques privées	
<input type="checkbox"/> <b>Employeurs</b>			
<input type="checkbox"/> DAT (EDI posté)		<input type="checkbox"/> BPIJ (EDI machine)	

**Vous souhaitez engager une procédure de référencement pour**

<input type="checkbox"/> Facturation SESAM-Vitale
<input type="checkbox"/> Facturation Etablissements (FIDES)
<input type="checkbox"/> Téléservices AMO ou AMC
<input type="checkbox"/> Téléservices SCOR ou SCOR-CP
<input type="checkbox"/> Téléservices Employeurs
<input type="checkbox"/> Dossier Médical Partagé (DMP)
<input type="checkbox"/> API de Lecture

**Logiciel(s) déployé(s) sur le terrain**

*Indiquez ci-dessous le nom du ou des logiciels déployés en les séparant par un « ; »*

## Formulaire d'inscription éditeurs

### Informations concernant la personne habilitée à engager juridiquement la société ou l'établissement

<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Fonction</b>	
<b>Téléphone</b>	
<b>Email</b>	<i>Merci de ne pas renseigner une adresse mail générique</i>

### Informations concernant le demandeur

<b>Nom</b>	
<b>Prénom</b>	
<b>Fonction</b>	
<b>Téléphone</b>	
<b>Email</b>	<i>Merci de ne pas renseigner une adresse mail générique</i>

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CNDA pour gérer les contrats éditeurs et les accès à l'espace web sécurisé éditeurs. Elles sont conservées pendant toute la durée de conclusion du contrat éditeur (protocole, convention...) et sont destinées au CNDA.

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier modifiée (loi « informatique et libertés), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en adressant votre demande à [contact.cnda@assurance-maladie.fr](mailto:contact.cnda@assurance-maladie.fr) ou directement sur votre espace personnel du site <https://cnda.ameli.fr>. Enfin, conformément à l'article 40-1 II de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée (loi « informatique et libertés »), toute personne peut définir les directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel après son décès.

[Cliquez ici pour nous envoyer ce formulaire](#)