**Dossier de demande d’agrément pour la réalisation d’activités dentaires, ophtalmologiques ou orthoptiques au sein d’un centre de santé**

L’ARS pourra étudier votre dossier jusqu’au 21 novembre 2024.

L’agrément qui pourra être délivré sera provisoire et ne deviendra définitif qu’à l’expiration d’une durée d’un an.

Au cours de l’année suivant la délivrance de l’agrément provisoire, l’agence régionale de santé peut organiser une visite de conformité. L’agrément est retiré lorsque la visite révèle des non-conformités ou une incompatibilité de la gestion et de l’offre de soins du centre avec le projet régional de santé.

La délivrance de l’agrément définitif et le maintien de cet agrément sont conditionnés à la transmission sans délai au directeur général de l’agence régionale de santé et au conseil départemental de l’ordre de la profession concernée de la copie des diplômes et des contrats de travail des chirurgiens-dentistes, des assistants dentaires, des ophtalmologistes et des orthoptistes à chaque nouvelle embauche, de tout avenant au contrat de travail de l’un de ces professionnels et d’une mise à jour de l’organigramme du centre de santé pour toute embauche ou toute rupture du contrat de travail de l’un de ces professionnels.

L’organisme gestionnaire adresse au directeur général de l’agence régionale de santé, à sa demande, les éléments actualisés de tout ou partie du dossier d’agrément.

L’agrément peut être retiré lorsqu’il est constaté un non-respect des règles applicables aux centres de santé dans le champ des activités mentionnées à l’article L. 6323-1-11 du Code de la Santé publique, ou des manquements compromettant la qualité ou la sécurité des soins, après notification à l’organisme gestionnaire par le directeur général de l’agence régionale de santé et observations de l’organisme gestionnaire dans les conditions prévues au I de l’article L. 6323-1-12.

***Identification***

***Organisme gestionnaire***

Nom (raison sociale) :

Numéro Siret : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Numéro Finess EJ :

Adresse :

Représentant légal :

Adresse électronique :

Téléphone**:**

***Centre de santé***

Nom de la structure :

Numéro SIRET : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Numéro FINESS ET :

Adresse :

Adresse électronique :

Téléphone :

Nom du responsable du centre :

Agrément demandé au titre d’une activité :

□ Dentaire

□ Ophtalmologique

□ Orthoptique

Pièces à joindre au dossier :

* Projet de santé
* Déclaration des liens d’intérêt de l’ensemble des membres de l’instance dirigeante
* Contrats liant l’organisme gestionnaire à des sociétés tierces

|  |  |
| --- | --- |
| Signature du représentant légal | Date |