CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE DE LA REUNION

CGSS de la Réunion

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS
EN VUE DE LA PARTICIPATION
AU PROCESSUS D'ECHANGES D'INFORMATIONS
C.G.S.S. / PROFESSIONNELS DE SANTE

DATE

_____

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE SANTE

RAISON SOCIALE _____

ADRESSE _____

_____

CODE POSTAL ☐☐☐☐☐ VILLE _____

S'il y a lieu

NOM DE LA SOCIETE DE SERVICE : _____

N° IDENTIFICATION ☐☐☐☐☐☐☐☐ CLE ☐

N° TEL : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

N° FAX : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

INTERLOCUTEUR :

REFERENCE NOEMIE

REFERENCE NOEMIE CHOISIE DANS LE CATALOGUE EN (N°)
- Retour d'informations ☐☐☐
- Rejets et signalements ☐☐☐

EQUIPEMENT INFORMATIQUE DU PROFESSIONNEL DE SANTE

☐ EQUIPE EN PROPRE ☐ EQUIPE PAR L'INTERMEDIAIRE D'UN CENTRE SERVEUR OU D'UN AUTRE ORGANISME IDENTIFICATION ET ADRESSE

CHOIX DU PROTOCOLE DE TELETRANSMISSION

☐ **SMTP**

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES POUR LA TELETRANSMISSION

N° IDENTIFICATION EMETTEUR ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(SI L'EMETTEUR EST DIFFERENT DU DEMANDEUR)

TYPE DE MATERIEL _____ - SYSTEME D'EXPLOITATION _____

FORMAT DES DONNES TRANSMISES : ☐ ASCII ☐ EBCDIC ☐ _____

NON DU LOGICIEL DE TRANSMISSION : _____

PERSONNE À CONTACTER SUR LE PLAN
- ADMINISTRATIF _____ _____
- RESEAU _____ _____
- INFORMATIQUE _____ _____

ANNEXE 1 A RETOURNER A CSIP Correspondants des Systèmes d'Information et de Production E – mail : parametrage@cgss.re	LE PROFESSIONNEL DE SANTE (Nom, prénom, signature et cachet)