

Demande « Toutes zones – Soins et services pour le maintien à domicile »

 Nouvel abonnement

 Renouvellement d'abonnement.

Indiquez le n° de l'abonnement :

Activité exercée et statut :

<u>Professionnel libéral (1)</u>		<u>Professionnel Salarié (2)</u>	
<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Remplaçant	<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Remplaçant
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste	<input type="checkbox"/> Pédiatre	<input type="checkbox"/> Aide-soignant.e	<input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Sage-femme	<input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie sociale	<input type="checkbox"/> Assistant.e de vie
<input type="checkbox"/> Pédicure-podologue	<input type="checkbox"/> Infirmier.e	<input type="checkbox"/> Aide à domicile*	<input type="checkbox"/> Aide médico-psychologique

*y compris les agents à domicile et les employés à domicile

Identité du demandeur :

Nom et prénom du bénéficiaire :

Raison sociale de l'entreprise (si salarié.e) :

Adresse mail du gestionnaire d'abonnement :

Adresse postale (indiquer celle de l'entreprise si salarié.e) :

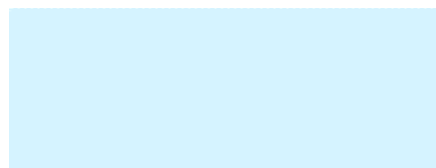
.....Code postal :Ville :

Je reconnais :

- Être informé.e que l'apposition d'un disque bleu derrière le pare-brise de manière visible est obligatoire et que la durée de stationnement maximum autorisé est de 2 heures ;
- Être informé.e que tout changement de situation ou d'immatriculation doit être signalé auprès de registationnement@lehavre.fr
- Être informé.e que le renouvellement de l'abonnement n'est pas automatique.
- Être informé.e que l'abonnement prend effet à réception du mail de confirmation de l'abonnement envoyé par registationnement@lehavre.fr sous condition que le dossier transmis soit complet (voir pièces justificatives à fournir en page 2).

Le / /

signature (précédée de la mention «lu et approuvé»)



Pièces justificatives à fournir : (conformément à l'arrêté municipal en vigueur)

	Professionnel libéral (1)	Professionnel libéral (1) remplaçant	Professionnel salarié (2)	Professionnel salarié (2) remplaçant
Certificat d'immatriculation du véhicule au nom et prénom du bénéficiaire	X	X	X	X
Contrat ou attestation annuelle d'assurance du véhicule de moins de 3 mois au nom du demandeur, indiquant le numéro d'immatriculation et la garantie que le véhicule est couvert pour un usage professionnel	X	X	X	X
Attestation annuelle d'inscription à l'ordre en cours de validité comportant le numéro professionnel et la domiciliation professionnelle du bénéficiaire sur le territoire de la Communauté Urbaine (LHSM)	X	X	-	-
Relevé SNIR du bénéficiaire de l'année n-1 ou tout autre justificatif officiel émis d'un organisme agréé attestant de l'exercice des soins à domicile, justifiant au moins 100 visites/an.	X	X	-	-
L'agrément préfectoral ou autorisation des services du département mentionnant l'organisme situé sur le territoire de Le Havre Seine Métropole pour lequel le salarié exerce son activité	-	-	X	X
L'entête des 3 derniers bulletins de salaire au nom et prénom du bénéficiaire salarié faisant apparaître l'organisme indiqué sur l'agrément. Pour les nouveaux recrutés : le contrat de travail signé, daté et tamponné des deux parties	-	-	X	X
Contrat de remplacement au nom et prénom du remplaçant signé daté et tamponné des deux parties	-	X	-	X
Attestation émise par l'ordre autorisant les remplacements au nom et prénom du remplaçant sur le territoire de la ville du Havre de moins de 3 mois	-	X	-	-