



## Demande d'intégration au cercle de confiance

### 1. Objet du formulaire

Ce formulaire est destiné au représentant légal d'un éditeur de logiciel qui souhaite consommer les données du ROR national.

### 2. Identification de l'éditeur

*L'ensemble des champs doit être complété.*

#### 2.1 Identification de la structure

Dénomination de la structure			
N° SIRET			
Avez-vous un Contrat d'adhésion aux services de l'Agence du Numérique en Santé relatifs aux moyens d'identification électronique ?	Oui		
	Non		
	Si oui, si vous connaissez le numéro de contrat d'adhésion existant, veuillez le mentionner ici :		
Adresse	N°		Type de voie (avenue, rue...)
	Libellé de la voie		
	Code postal		Commune

#### 2.2 Identification du représentant légal

Civilité	Monsieur	Madame
Nom		
Prénom(s)		
Téléphone		
E-mail professionnel		

### 3. Service numérique souhaitant consommer le ROR

L'ensemble des champs doit être complété.

#### 3.1 Description du service numérique

Nom du service numérique			
Version du service numérique			
Finalités du service numérique			
Description des grandes fonctionnalités du service numérique			
Périmètre géographique sur lequel vous souhaitez disposer de l'offre de santé	Toute la France		
	Une ou des régions spécifiques :		
	Auvergne-Rhône-Alpes	Bourgogne-Franche-Comté	Bretagne
	Centre-Val de Loire	Corse	Grand Est
	Hauts-de-France	Île-de-France	Normandie
	Nouvelle-Aquitaine	Occitanie	Pays de la Loire
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Guadeloupe	Martinique
	Guyane	La Réunion	Mayotte

#### 3.2 Données auxquelles le service numérique souhaite accéder

Données à récupérer : **Cocher la ou les familles d'éléments souhaitées**

Les données et leur accès sont définis dans l'annexe « [politique d'accès aux données du ROR](#) »

Données publiques d'offre de santé

Données restreintes d'offre de santé (actes spécifiques, équipements spécifiques, spécialisation de prise en charge, compétences ressources, commentaires des unités/services/pôles)

Données en accès très restreint d'offre de santé (données de contacts, zones de poser, unités sensibles)

#### 4. Utilisateurs de votre service numérique

Les champs avec un astérisque (\*) sont obligatoires.

En fonction des utilisateurs de votre application métier, le service numérique se verra conférer un certain nombre de droits, définis par le profil d'accès (notion utilisée dans le ROR et dans les services numériques). C'est ce profil d'accès qui déterminera les données auxquelles vos utilisateurs peuvent accéder. Ainsi, en fonction du profil de vos utilisateurs, le ROR exposera les données en libre accès, en accès restreint ou encore en accès très restreint.

**Cochez la case pour les profils amenés à utiliser votre service numérique**, et détailler à minima les fonctions qu'ils utiliseront dans l'outil (exemple : recherche d'offre, pilotage de disponibilité en lits)

Profils des Utilisateurs de votre service numérique*	Actions réalisées par l'utilisateur
Professionnel de santé	
Autre professionnel du secteur sanitaire ou médico- social	
Travailleur social en établissement de santé	
Médecin urgentiste	
Médecin de régulation libéral	
Professionnel de santé en CAPTV	
Gestionnaire de DAC (MAIA, ...)	
Pilotage gestion de crise	
Pilotage de l'offre sanitaire et médico-sociale	
Pilotage de l'offre médico-sociale	
Autres : à préciser	

#### 5. Demande d'accès à la plateforme de test PLATINES

L'ensemble des champs doit être complété.

Les tests sur la plateforme PLATINES sont obligatoires avant de pouvoir accéder au ROR national.

Pour accéder à la plateforme de test PLATINES, il faut disposer d'un compte.

Adresse IP publique de l'application qui interrogera PLATINES :			
Déclaration des personnes qui se connecteront à la plateforme de test PLATINES :			
Nom	Prénom	E-mail professionnel (qui servira de login)	Adresse IP publique de l'utilisateur de PLATINES

Je certifie avoir lu et accepté [la charte d'accès et de consommation des données du ROR par les services numériques](#)

Je certifie avoir lu et accepté les [conditions générales d'utilisation de la plateforme de test PLATINES](#).

Je certifie exactes les informations mentionnées ci-dessus. Il est rappelé que les fraudes et tentatives de fraude sont passibles de sanctions pénales et peuvent conduire à la suspension de l'instruction de votre demande ou au retrait des droits dont le bénéfice est demandé.

Date

Cachet de la structure

Signature du représentant légal

## 6. Prochaines étapes

- 📍 Le représentant légal de la structure est informé par e-mail de la bonne réception de sa demande au service concerné pour traitement ;
- 📍 L'ANS analysera l'éligibilité et informera le représentant légal ;
- 📍 Si la structure est éligible le mot de passe pour la plateforme de test PLATINES sera envoyé.

Ce formulaire est à envoyer **signé et daté**, avec le cachet de la structure à l'adresse e-mail suivante :  
[monserviceclient.ror@esante.gouv.fr](mailto:monserviceclient.ror@esante.gouv.fr).

Pour toutes questions relatives à ce formulaire, vous pouvez utiliser cette même adresse e-mail.