

Agence du Numérique en Santé

9, rue Georges Pitard – 75015 Paris

T. 01 58 45 32 50

esante.gouv.fr

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Programme ROR | | | | |
| Demande d’intégration au cercle de confiance ROR | | | | |
| Statut : Validé | | | Classification : Publique | | | Version : 0.1 | |

**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 fournir au ROR national des informations de capacitaire et de disponibilité des lits et places en établissements |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **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 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3 Identification de l'interlocuteur opérationnel (chef de projet, responsable technique ou autre personne) à contacter en cas d'urgence ou difficultés en lien avec le ROR** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Civilité | * Monsieur * Madame | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prénom(s) |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Téléphone |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail professionnel |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Service numérique souhaitant alimenter le ROR**   *L'ensemble des champs doit être complété* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.1 Description du service numérique** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du service numérique |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Version du service numérique |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Type de solution numérique | * EAI Régional * Solution en mode SAAS * Solution client propriétaire | | | | | | | | | | | | | | | |
| Finalité du service numérique |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Description des grandes fonctionnalités du service numérique |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Périmètre géographique sur lequel vous souhaitez fournir des données concernant la disponibilité des lits | * Toute la France | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 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 | | | | |
| Données que vous souhaitez transmettre au ROR national | * Capacitaire opérationnel | | | | | * Disponibilité opérationnelle | | | | | | * Affectation temporaire de lits | | | | |
| * Capacitaire exceptionnel | | | | | * Capacitaire et disponibilité prévisionnels | | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **Demande d’accès à la plateforme de test**   L’ensemble des champs doit être complété. |
| Les tests sur la plateforme Bac à sable sont obligatoires avant de pouvoir accéder au ROR national.  Pour accéder à la plateforme de test, il faut disposer d’un compte |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse IP publique de l’application qui alimentera la plateforme de test : |  |
| DN (distinctif name) du certificat de test qui sera utilisé (si contrat d’adhésion actif) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * J’ai transmis la liste des établissements alimentant le ROR national sur la disponibilité en lits. | |
| * Je certifie avoir lu et accepté la charte de fourniture de données au ROR par les services numériques. | |
| * Je certifie avoir lu et accepté les conditions générales d’utilisation du ROR | |
| * Je certifie avoir pris connaissance de la note de définition des indicateurs de disponibilités en lits | |
| * 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  Signature du représentant légal | Cachet de la structure |

|  |
| --- |
| 1. **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 ; * Le comité d’intégration composé de la DGOS, la DGCS, la DNS, la CNSA, des ARS et des GRADeS, analysera l'éligibilité du service et informera le représentant légal da sa décision et du profil attribué ; * Si la solution est éligible le mot de passe pour la plateforme de test Bac à sable 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**.  Pour toutes questions relatives à ce formulaire, vous pouvez utiliser cette même adresse e-mail. |