BULLETIN D'INSCRIPTION POUR L'UTILISATION
DU SYSTEME D'INFORMATION DU RESEAU ASDES

Adresse de la platefome : http://asdes.aphp.fr

Adresse du site Web : http://www.asdes.fr

Nom : _____

Prénom : _____

1) Utilisation du logiciel de partage de l'information et de la messagerie sécurisée

Je désire être formé à l'utilisation de l'outil de partage de l'information et de messagerie électronique sécurisée disposant de la fonctionnalité de cryptage.
☐ OUI
☐ NON

2) En cas de réponse « oui » à la question 1 – disponibilité d'une carte CPS

☐ Je dispose d'une carte professionnelle de santé CPS et d'un lecteur connecté à mon PC, et cette carte servira d'authentification à l'outil de partage de l'information ASDES. Le numéro de cette carte est basé sur le numéro d'inscription à l'Ordre des Médecins, dont le numéro d'enregistrement est le suivant : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *[remplir 9 chiffres et 1 lettre]*

☐ Je ne dispose pas de carte CPS, ou bien je souhaite avoir accès à la partie sécurisée du portail ASDES par authentification par nom d'utilisateur « login » qui me sera attribué par l'Association ASDES, avec mot de passe.

Paris, le ____ _____ 2007 Signature

Bulletin à retourner à l'adresse suivante :
Association ASDES
Secrétariat : Madame Kunnika VANN
Hôpital de Nanterre
413 avenue de la République
92014 NANTERRE Cedex