



Ministère de la Santé Publique et de la Population

FORMULAIRE DE DEMANDE DE NON- OBJECTION A LA CONSTRUCTION OU DE TRANSFORMATION D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE

I. Identification

Nom de l'Institution :

Département :

Commune

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Date :

II. Informations générales

REEMPLIR CETTE SECTION EN CAS DE TRAVAUX DE CONSTRUCTION

1. Avez-vous déjà formulé une demande de Non-objection pour ce site?	<input type="checkbox"/> Première demande <input type="checkbox"/> Demande subséquente
2. Quel Type d'établissement souhaitez-vous construire ?	<input type="checkbox"/> Centre Communautaire de Santé <input type="checkbox"/> Centre de Santé <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Hôpital Spécialisé
3. Quel statut souhaitez-vous obtenir pour l'établissement auprès du MSPP ?	<input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Mixte
4. Quelle est l'offre de services prévus ?	<input type="checkbox"/> Consultation externe <input type="checkbox"/> Consultation médicale spécialisée <input type="checkbox"/> Service de Laboratoire <input type="checkbox"/> Service d'imagerie <input type="checkbox"/> Service de pédiatrie <input type="checkbox"/> Service d'OBGYN <input type="checkbox"/> Service de chirurgie <input type="checkbox"/> Service de médecine interne Autres

5. Quelle est la date prévue pour la finalisation de la construction ?	
6. Quelle est la date prévue pour l'ouverture de l'établissement ?	
7. Quel est l'organisme et / ou personne qui assure le financement du projet ?	
8. Quel est l'organisme et/ou personne qui se porte garant du projet ?	
9. Le projet d'établissement est-il rédigé et disponible pour consultation ?	

REEMPLIR CETTE SECTION EN CAS DE TRAVAUX DE TRANSFORMATION DU BATIMENT

Avez-vous déjà formulé une demande de Non-objection ?	<input type="checkbox"/> Première demande <input type="checkbox"/> Demande subséquente
Quel est le statut de l'établissement (reconnu par MSPP) ?	<input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Mixte
Quel type de transformation souhaitez-vous apporter au bâtiment ?	
L'offre de service sera-t-elle modifiée ?	
Quelle est la date prévue pour la finalisation des travaux de transformation ?	
Quelle est la date prévue pour la mise en fonction des nouveaux espaces ?	
Quel est l'organisme et / ou personne qui assure le financement du projet ?	

Quel est l'organisme(s) et/ou personne (s) qui se porte garant du projet ?	
--	--

Signature du responsable

Organisme qui se porte garant du projet

Signature du Directeur de l'établissement