



## Formulaire III relatif au devoir d'information spontané à l'égard des autorités cantonales

### **Modifications relatives à l'autorisation d'exploiter une institution de soins de longue durée (établissement médico-social, structure de soins de jour ou de nuit, organisation de soins et d'aide à domicile)**

Ce formulaire doit être dûment complété et renvoyé avant la mise en œuvre des modifications afin que le département puisse prendre les mesures requises au cas où les conditions d'octroi ne seraient plus remplies ou que l'autorisation devrait être corrigée.

**Nom de l'institution**

**Adresse**

**Personne de contact**

**Catégories de modifications de l'autorisation d'exploiter :**

Extension et/ou transformation d'une institution déjà autorisée

Reprise ou fermeture d'une institution déjà autorisée

Changements nécessitant une modification de l'autorisation d'exploiter

Direction

Responsable des soins

Médecin-répondant

Pharmacien-répondant

Changements ne nécessitant pas de modification de l'autorisation

Raison sociale

Statuts

Conseil de fondation ou d'administration, comité

Changement d'adresse

**Motifs de modification de l'autorisation d'exploiter (description)**

**Date de mise en œuvre de la/les modification(s) de l'autorisation d'exploiter**

**Lieu et date**

**Signature**

*Ce formulaire est à retourner au Service de la santé publique par courriel à l'adresse [santepublique@admin.vs.ch](mailto:santepublique@admin.vs.ch) accompagnés de tous les documents attestant que les conditions d'octroi sont toujours remplies*