RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

NOTICE EXPLICATIVE
LE POUVOIR DE REPRÉSENTATION DE LA PERSONNE MORALE

Agence de Services et de Paiement

AIDES EXCEPTIONNELLES AUX ENTREPRISES DE TRANSPORT SANITAIRE

Qui
doit remplir le pouvoir de représentation ?

Il doit être rempli obligatoirement pour tout dépôt de demande.



Comment
remplir et enregistrer le pouvoir de représentation ?

Tous les champs doivent être remplis et conformes. Le détail de la rédaction est précisé ci-dessous.



Une rédaction rigoureuse du pouvoir de représentation permettra un traitement et une validation plus rapide de votre demande.

Partie — Identification du représentant légal de l'entreprise



- Cet encadré est **obligatoirement** renseigné même si le représentant de l'entreprise est seul signataire de la demande d'aide.
- Tous les champs doivent être renseignés.

Partie — Identification de la personne ayant pouvoir (le cas échéant)



- Cet encadré doit être rempli si la personne dépositaire et signataire de la demande d'aide est différente du représentant légal de l'entreprise.
- Dans ce cas de figure, la personne ayant pouvoir pour représenter l'entreprise doit fournir une carte nationale d'identité, passeport ou titre de séjour en cours de validité.
- Tous les champs doivent être renseignés.

Partie — Signatures



- La signature du représentant légal de l'entreprise est **obligatoire** dans tous les cas.
- La signature des deux parties est obligatoire si le représentant légal donne pouvoir à une personne pour déposer la demande d'aide.

i Tout pouvoir de représentation non signé sera automatiquement rejeté.

novembre 2026

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Liberté
Égalité
Fraternité

ASP
Agence de Services et de Paiement

POUVOIR DE REPRÉSENTATION DE LA PERSONNE MORALE

Identification du représentant légal de l'entreprise

Je soussigné(e) ☐ Madame ☐ Monsieur : _____

né(e) le _____ à : _____

Demeurant à : Numéro : _____ Libellé de la voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Représentant(e) de la personne morale :

Dénomination sociale : _____ N° SIRET : _____

Ayant son siège social à : Numéro : _____ Libellé de la voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Suis autorisé(e) à réaliser les démarches au titre des aides exceptionnelles aux entreprises de transport sanitaire,

OU **désigne la personne suivante** pour agir en mon nom :

Identification de la personne ayant pouvoir (le cas échéant)

☐ Madame ☐ Monsieur : _____

né(e) le _____ à : _____

Demeurant à : Numéro : _____ Libellé de la voie : _____

Code postal : _____ Commune : _____

agissant en qualité de *(préciser la fonction)* : _____

Signatures

Date et signature du représentant	Date et signature de la personne désignée
A faire précéder de la mention : « Lu et approuvé, bon pour pouvoir »	*A faire précéder de la mention : « Lu et approuvé, bon pour acceptation »*