

Nom de l'association/de l'ESMS

DELEGATION DE POUVOIR

Je soussigné(e) (*nom et prénom*), né(e) le (*date*), représentant légal de l'association/ de l'ESMS (*nom de l'association ou de l'ESMS*), donne par la présente pouvoir à la personne suivante : (*nom et prénom*), né(e) le (*date*), dont la fonction est (*fonction au sein de l'association*), afin qu'elle puisse contractualiser pour moi et en mon nom **pour les certificats de l'agence du numérique en santé permettant la mise en place des moyens d'identifications électroniques.**

Ce pouvoir est confié à (*nom et prénom*) pour la durée limitée suivante : (*indiquer la durée du pouvoir*).

Les documents signés en application de la présente délégation de signature comportent la mention « Pour (*nom du représentant légal*), représentant légal, et par délégation ».

Le représentant légal conserve sa responsabilité pour les documents signés par le délégataire.

Fait à (*lieu*)

le (*date*)

Nom et signature du délégant

Nom et signature du délégataire