**Attestation de bonne réalisation de la Prestation Ségur**

Médecine de ville en centre ou maison de santé

Je soussigné(e), [Prénom Nom], représentant(e) légal(e) de la structure [Raison sociale de la structure], identifiée au registre des établissements sous le n° [identifiant FINESS G], bénéficiaire d'une Prestation Ségur réalisée par [identifiant du Fournisseur - éditeur ou distributeur], identifiée sous le n° ASP [FINMDVXXXXXX identifiant commande ASP], et prise en charge financièrement par l'Etat, atteste que :

1. La prestation de mise à jour de mon logiciel de gestion de cabinet a été réalisée ;
2. Mon logiciel de gestion de cabinet ainsi mis à jour est pleinement fonctionnel, et permet notamment l'alimentation du DMP des patients.

Date : XX/XX/XXXX

Signature