

Mise à jour contacts établissement adhérent**à compléter aussi précisément que possible - merci**et à retourner par mail à : paysdelaloire@anfh.fr

Nom du gestionnaire de fonds ANFH en charge de votre établissement :

NOM de l'ETABLISSEMENT : n° d'établissement : PAY -----

VILLE :

Adresse postale : (rue et n°)

B.P. :

Code Postal :

Ville :

Directeur :

NOM : Prénom :

Tél :

mail : Fax :

Directeur ressources humaines (ou chargé des R.H.) *:

NOM : Prénom :

Tél (ligne directe) :

mail :

Responsable formation (ou chargé de formation ou référent formation)*:

NOM : Prénom :

Tél (ligne directe) :

mail : Fax :

Gestionnaire formation : mail :**Directeur des soins :**

NOM : Prénom :

Tél (ligne directe) :

mail : Fax :

Directeur des affaires médicales (ou chargé des affaires médicales) *:

NOM : Prénom :

Tél (ligne directe) :

mail : Fax :

(*) : merci de préciser

Document complété par :

le :