

Merci de renvoyer ce document à votre gestionnaire ANFH complété et signé avec le cachet de votre établissement

RECENSEMENT DES ORDONNATEURS GE-GEA

Mise en place de la validation électronique des demandes de remboursement

**ÉTABLISSEMENT :**

NOM : …… …………………………………………………CODE ANFH : ……………

**NOM du ou des ORDONNATEUR(S) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM Prénom | Fonction | Mail | Téléphone |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Date : NOM Prénom Directeur / Directrice

Signature et cachet de l’établissement