

**FICHE D'INSCRIPTION A L'APPEL A CANDIDATURE
DISPOSITIF D'ASTREINTE MUTUALISEE D'IDE DE NUIT EN EHPAD**

TERRITOIRE CIBLÉ :

.....

.....

IDENTITÉ DU CANDIDAT :

Nom de l'entité :

.....

.....

Adresse :

.....

.....

Code Postal : _ _ _ _ _

Ville :

Tél :

Mail :

Identité et fonction du représentant légal :

.....

.....