



Hosp-eElections - Fiche d'inscription

La fiche d'inscription complétée, veuillez la faxer au : **05 34 61 51 00**

Objet : Ouverture/Renouvellement de compte Hosp-eElections

Date :

Nom de l'établissement :

Adresse complète :

Type d'établissement¹ :

- Etablissement Public de Santé
 Etablissement Public Médico-Sociaux
 Etablissement Public Sociaux

Téléphone :

Fax :

N° Finess **Juridique** :

Région :

Département :

Contact Direction² :

Email contact Direction² :

Contact élections² :

Email contact élections² :

Contact RH³ :

Email contact RH³ :

Etablissement référent⁴:

Tampon de l'établissement
ET signature de la direction
ou de son représentant

Tous les champs de cette fiche sont obligatoires

(1) Cocher votre type d'Etablissement
(3) Utilisateur de la plateforme Hosp-eRH

(2) Utilisateurs de la plateforme Hosp-eElections
(4) L'ARS dont vous dépendez