



A retourner au service compétent

Feuille – signature pour la validation de la demande e-démarche

Numéro AEL de la demande * :

*: ce numéro vous est communiqué dans un courriel générique d'accusé de réception après avoir validé l'e-démarche

Nom de l'établissement de santé:

Exploitant (représentant ayant qualité pour signer) :

NOM, prénom:.....

Professionnel de santé
responsable de l'établissement:

NOM.....

Prénom.....

Profession :

Professionnel de santé
coresponsable de l'établissement:
(si applicable):

NOM:

Prénom.....

Profession :

Nous soussignés certifions avoir déposé la demande AEL susmentionnée.

Nous certifions avoir pris connaissance des conditions générales, nous nous engageons à les respecter et attestons que les données transmises sont véridiques et complètes.

Lieu, date :

Signature de l'exploitant :

Signature du professionnel de santé
responsable:

Signature du professionnel de santé
coresponsable:..... *(si applicable)*