

20^e Trophée handicap MNH : mobiliser et agir « Les professionnels face à l'annonce du handicap »

Bulletin de participation

L'établissement

- Nom
- Adresse
- Code Postal • Ville
- **N° FINESS (obligatoire)** :
- Site Internet
- Domaine d'activité
- Capacité (lits et places)
- Nombre de salariés
- Nombre de salariés en situation de handicap • soit % de l'effectif

Le porteur du projet

- Nom Prénom
- Fonction dans l'établissement
- Adresse (si différente)
- Code Postal • Ville
- Téléphone (ligne directe) • (portable)
- Courriel
- Confirme la participation de l'établissement au concours
- Reconnaît avoir pris connaissance du règlement

Fait à Le

Signature et cachet de l'établissement

Ces informations sont destinées à la MNH. En vertu de la loi « Informatiques et libertés » de 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification ou de suppression des données qui vous concernent. Pour exercer ce droit, vous pouvez en faire la demande par courrier à l'attention de MNH, 331 avenue d'Antibes, 45213 Montargis Cedex.

Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social