****

**MEAE\_23036\_DRH**

**Lot 1 Protection sociale complémentaire santé**

**Annexe 1 au Règlement de consultation**

**FICHE DE CONTACT DU CANDIDAT**

(*À titre informatif*)

* **Identification du candidat :**

(*Nom de la société)*

* **Correspondant permanent**

Nom :

Fonction :

Tel. :

Mobile :

E-mail :