**ANNEXE 3 : CORRESPONDANTS**

* **POUR LA CPAM DE LA SOMME**

*Suivi administratif du marché :*

Service Administration Générale - Pôle contrats

Linda SANJUAN

📫 contrats.cpam-somme[@assurance-maladie.fr](mailto:francoise.desaintjean@cpam-amiens.cnamts.fr)

🕿 06 62 67 86 13

Correspondants sur site :

Service Administration Générale - Pôle contrats

Linda SANJUAN

📫 contrats.cpam-somme[@assurance-maladie.fr](mailto:francoise.desaintjean@cpam-amiens.cnamts.fr)

🕿 06 62 67 86 13

* **POUR LE TITULAIRE**

*Direction : …………………………………………………………………………………………………………..*

Nom, Prénom :

🕿 :

📫 : @

*Responsable de Secteur*

*Site de la CPAM de la SOMME :…………………………………………………………………………………..*

Nom, Prénom :

🕿 :

📫 : @

*Site de la CPAM de la SOMME :…………………………………………………………………………………..*

Nom, Prénom :

🕿 :

📫 : @

*Site de la CPAM de la SOMME :…………………………………………………………………………………..*

Nom, Prénom :

🕿 :

📫 : @

*Site de la CPAM de la SOMME :…………………………………………………………………………………..*

Nom, Prénom :

🕿 :

📫 : @

*Site de la CPAM de la SOMME :…………………………………………………………………………………..*

Nom, Prénom :

🕿 :

📫 : @

*Site de la CPAM de la SOMME :…………………………………………………………………………………..*

Nom, Prénom :

🕿 :

📫 : @

*Site de la CPAM de la SOMME :…………………………………………………………………………………..*

Nom, Prénom :

🕿 :

📫 : @

*Site de la CPAM de la SOMME :…………………………………………………………………………………..*

Nom, Prénom :

🕿 :

📫 : @

*Chef d’équipe pour Siège et le CAD :…………………………………………………………………………………..*

Nom, Prénom :

🕿 :

📫 : @

*Correspondant Administratif (facturation, suivi du marché etc….) :*

Nom, Prénom :

🕿 :

📫 : @

**Signature du candidat :**

Date, Cachet commercial de l’entreprise

Signature précédée de la mention "lu et approuvé" du représentant habilité à signer le marché