**Pouvoir adjudicateur :**

**Caisse Primaire d’Assurance Maladie des Hauts de Seine**

**COORDONNEES**

|  |
| --- |
| **MAPA N° 2025.04 :**  **PRESTATIONS DE MEDECINE DU TRAVAIL AU PROFIT DE L’ENSEMBLE DES AGENTS DE LA CPAM 92** |

Il est demandé aux soumissionnaires de compléter le cadre ci-dessous afin de faciliter les échanges aux différentes étapes de la procédure

|  |  |
| --- | --- |
| **PHASE PROCEDURE** | |
|  |  |
| Adresse courriel en vue de la transmission des informations et documents par voie dématérialisée. |  |
|  |  |
| Correspondant en phase marché/fonction |  |
|  |  |
| Coordonnées téléphoniques du correspondant en phase marché. |  |
|  |  |
| Coordonnées courriel du correspondant en phase marché. |  |
| **PHASE ETUDE DES OFFRES** | |
| Correspondant dans le cadre de l’étude des offres |  |
|  |  |
| Coordonnées téléphonique |  |
|  |  |
| Courriel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **EXECUTION DU MARCHE** | |
| Correspondant en phase exécution.  Nom et fonction |  |
| Coordonnées téléphoniques |  |
| Courriel |  |
| Correspondant en phase exécution.  Nom et fonction |  |
| Coordonnées téléphoniques |  |
| Courriel |  |
|  |  |