**Fiche contact**

**Remplacement et mise en conformité du TGBT DU SERVICE Maternité du Centre Hospitalier de Versailles**

**2026SB05**

*A compléter lors de la remise de l’offre et à renvoyer en cas de modification à l’adresse suivante :*

[secretariatDA.chv@ght78sud.fr](mailto:secretariatDA.chv@ght78sud.fr)

|  |
| --- |
| **Identité ou raison sociale** |

*(En cas de candidature groupée, un document unique est rempli pour le groupement d’entreprises, en renseignant dans cette rubrique la composition du groupement et en indiquant le mandataire du groupement)*

***Nom, prénom***

***Ou raison sociale***

N° de SIRET :

N° de TVA intracommunautaire**:**

N° RNE**:**

|  |
| --- |
| **Contact et Adresses DE L’INTERLOCUTEUR** |

Contact : Cliquez ici pour taper du texte.

Téléphone :

Adresse mail :

Adresse postale:

Cliquez ici pour taper du texte.

|  |
| --- |
| **LE SUPPLEANT DE L’INTERLOCUTEUR** |

Contact : Cliquez ici pour taper du texte.

Téléphone :

Adresse mail :

Adresse postale:

Cliquez ici pour taper du texte.