

Conseil Territorial de Santé (CTS)

- Désignation des membres -

AUTORITE DESIGNATRICE ET COLLEGE CONCERNÉ

Tel :

Email :

PERSONNE DÉSIGNÉE		TITULAIRE <input type="checkbox"/>	SUPPLEANT <input type="checkbox"/>	CTS CONCERNÉ <input type="checkbox"/>
Nom :		Prénom :		
Code postal :				
<u>Téléphone</u> Portable : Secrétariat :		<u>Email</u> :		
Date de naissance :				
Association, établissement, service, personne morale gestionnaire ou autre structure au titre de laquelle la personne est désignée :		Fonction dans cet organisme :		

Signature:

Date :