



Plateforme de reclassement Hosp-eRH

Objet : **Ouverture/Renouvellement de compte Hosp-eRH**

Date :

Nom de l'établissement :

Adresse complète :

Type d'établissement¹ : Etablissement Public de Santé
 Etablissement Public Médico-Sociaux
 Etablissement Public Sociaux

Téléphone :

N° Finess :

Région :

Département :

Contact Direction² :

Email contact Direction² :

Contact RH³ :

Email contact RH³ :

ARS dont vous dépendez :

Tampon de l'établissement
ET signature de la direction
ou de son représentant

Tous les champs de cette fiche sont obligatoires

(1) Cocher votre type d'établissement
(3) Correspondant utilisateur de la plateforme Hosp-eRH

(2) Correspondant élections professionnelles