



A retourner au service compétent

Feuille-signature pour la validation de la demande e-démarche

Numéro AEL de la demande * :

* : ce numéro vous est communiqué dans un courriel générique d'accusé de réception après avoir validé l'e-démarche.

Nom de l'établissement de santé :

Exploitant (représentant ayant qualité pour signer) :

NOM, Prénom :

Professionnel de la santé
responsable de l'établissement :

Professionnel de la santé
coresponsable de l'établissement
(*si applicable*) :

NOM :

NOM :

Prénom :

Prénom :

Profession :

Profession :

Nous soussignés certifions avoir déposé la demande AEL susmentionnée.

Nous certifions avoir pris connaissance des conditions générales, nous nous engageons à les respecter et attestons que les données transmises sont véridiques et complètes.

Lieu, date :

Signature de l'exploitant :

Signature du professionnel de la santé
responsable :

Signature du professionnel de la santé
coresponsable : (*si applicable*)