

**Direction de l’appui à la transformation et de l’accompagnement**

Département Ressources Humaines et Numériques du Système de Santé

**RETEX POST-COVID : demande de co-financement ARS**

**Date limite de retour le 30 septembre 2020**

**ARS-PDL-DATA-RHN@ars.sante.fr**

|  |  |
| --- | --- |
| Présentation de l’établissement | |
| Nom de l’établissement |  |
| Statut de l’établissement |  |
| Site géographique |  |
| FINESS géographique |  |
| SIRET |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Identification de l’établissement | |
| Nom du représentant de l’établissement |  |
| Adresse |  |
| Code Postal |  |
| Ville |  |
| Nom de la personne à contacter |  |
| Téléphone de la personne à contacter |  |
| Mail de la personne à contacter |  |

**RETEX Post-COVID - PROJET**

|  |
| --- |
| Présentation du projet et objectifs visés |
|  |
| Prestataire envisagé – Nom et Adresse |
|  |
| Calendrier |
|  |
| Montant du devis (à joindre) |
|  |