



**COMITE D'ENTREPRISE**  
**HOPITAL SAINT JOSEPH**  
26 Boulevard de Louvain  
13008 – Marseille  
Téléphone : 04 91 80 65 55

*A compléter par le CE*  
N° RESA : .....  
MONTANT : .....€

**RESERVATION COURS SEJOURS**

NOM & PRENOM DU SALARIE RESERVANT .....

TELEPHONE PORTABLE / ..... SERVICE ET N° de poste.....

NATURE DU CONTRAT/  CDI ou  CDD

ADRESSE MAIL / .....

DATE DE L'ARRIVEE / ..... DATE DU DEPART / ..... NOMBRE DE NUITS / .....

LIEU DE LA RESERVATION ..... TYPE DE RESIDENCE /  STUDIO 2 /  2 PIECES 4 PERS /  3 PIECES 6 PERS OU AUTRE .....

MONTANT TOTAL DE LA RESERVATION .....€

Nom et prénom de tous les participants	Lien de parenté	Date de naissance