

Candidature spontanée

Mon identité

CIVILITÉ (Obligatoire)

- Sélectionner -



NOM (Obligatoire)

PRÉNOM (Obligatoire)

TÉLÉPHONE (Obligatoire)

COURRIEL (Obligatoire)

CONFIRMER LE COURRIEL (Obligatoire)

ADRESSE (Obligatoire)

CODE POSTAL (Obligatoire)

VILLE

Ma candidature

MESSAGE

CV (Obligatoire)

Formats acceptés : jpg, gif, png, bmp, rtf, doc, docx, pdf
Poids max. : 5Mo

No file selected

LETTRE DE MOTIVATION

Formats acceptés : jpg, gif, png, bmp, rtf, doc, docx, pdf
Poids max. : 5Mo

No file selected

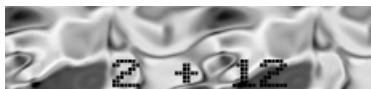
AUTRE DOCUMENT

Formats acceptés : jpg, gif, png, bmp, rtf, doc, docx, pdf
Poids max. : 5Mo

No file selected

VÉRIFICATION ANTISPAM (Obligatoire)

Veuillez entrer le résultat du calcul ci-dessous



ÉTAPE SUIVANTE



CENTRE HOSPITALIER MARTIGUES
3 BOULEVARD DES RAYETTES
BP 50248
13 698 MARTIGUES CEDEX

04 42 43 22 22

04 42 80 24 60

CONTACTEZ-NOUS