

# 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

Choose File No file selected

### LETTRE DE MOTIVATION

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

Choose File No file selected

### AUTRE DOCUMENT

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

Choose File 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