



La CNMSS  
Solidaire de votre santé.

## Formulaire de contact Partenaires

- Madame  
 Monsieur

**VOTRE NOM :** (OBLIGATOIRE)

---

**VOTRE PRÉNOM :** (OBLIGATOIRE)

---

**VOTRE COURRIEL :** (OBLIGATOIRE)

**CONFIRMATION DU COURRIEL :** (OBLIGATOIRE)

---

**N° DE TÉLÉPHONE :** (OBLIGATOIRE)

---

**VOTRE FONCTION :** (OBLIGATOIRE)

Sélectionner une fonction



---

**VOTRE CODE POSTAL :** (OBLIGATOIRE)

---

**VOTRE MESSAGE :** (OBLIGATOIRE)

**RETOUR À L'ACCUEIL**

✓ **VALIDER**

**Attention !** Les cookies et Javascript doivent être activés pour accéder au formulaire.  
[En savoir plus.](#)

Conformément à la "loi informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition que vous pourrez exercer sans frais auprès de la CNMSS - Service Client - 247 avenue Jacques Cartier 83090 Toulon Cedex 9