



# ACEF – Rives de Paris

## Dossier de candidature

### VOTRE ASSOCIATION / STRUCTURE

**Nom :** Pôle IDF SUD Ramsay Santé

**Adresse :** Hôpital Privé Antony

**Code postal :** 92160

**Ville :** Antony.

**Téléphone :** 0146742349

**Email :** [cecile.martins@ramsaysante.fr](mailto:cecile.martins@ramsaysante.fr)

**Numéro INSEE :** 383699048

**Nombre d'adhérents :**

**Nombre de salariés :** 8 600 praticiens + 36 000 salariés au national

**Site / Blog / Page :** .....

### DOMAINE D'ACTIVITE DE VOTRE ASSOCIATION / STRUCTURE

**Sports**

**Médical**

**Handicap :**

**Insertion**

**Accès à la culture**

**Social**

**Autre, précisez et ou complétez :**

.....  
Ramsay Santé est un groupe de cliniques privées fondé en 1987 sous le nom de Générale de santé. En 2022, il dispose de 443 établissements en Europe, principalement répartis entre la France et la Suède.

Le siège de Ramsay Santé se trouve à Paris.

Cette convention concerne le pôle IDF Sud constitué des cliniques de Chatenay., Choisy, Chatillon et des hôpitaux d'Antony et de Massy.

### LE PORTEUR DU PROJET

**Nom :** PAPART

**Prénom :** François

**Téléphone :** .....

**Adresse mail :** .....@.....

**Rôle, Fonction au sein de l'association / structure :** Directeur Délégué

## LES ACTIONS DE L'ASSOCIATION / STRUCTURE

---

Date et nature et résultats des actions réalisées :

Proposition de pouvoir réaliser au profit des Personnels des premières actions de cohésion.

Quels sont les objectifs de votre association/ structure à court ou moyen terme :

Améliorer la qualité de vie au travail

## LE PROJET DE L'ASSOCIATION / STRUCTURE

---

Quel est le projet spécifique que vous souhaitez engager et pour lequel vous recherchez un financement ?  
Décrire le projet et préciser l'ensemble des moyens nécessaires à sa réalisation.

Participation sur le mois d'octobre à un Mud day « Girls » de cohésion au profit des personnels féminins des structures du pôle.

## **PARTENARIAT ET FINANCEMENT DU PROJET**

---

Coût global du projet :

Origine et montant de vos recettes :

Nature et montant des dépenses :

Avez-vous des partenaires financiers : (si oui lesquels)

## **AIDE DEMANDEE**

---

Quel type d'aide ou quelle aide financière attendez-vous de l'ACEF Rives de Paris ?

*Date de votre demande et signature*

*Vous avez la possibilité de joindre tout document que vous jugerez utile à l'examen de votre dossier*

**Cadre réservé à l'ACEF Rives de PARIS**

Type d'aide accordée

Vote CA :

Date

Signature Président ACEF Rives de PARIS

**Cadre réservé à La Banque Populaire Rives de Paris**

Avis sur la demande :

Date



**MERCI DE JOINDRE A VOTRE DEMANDE LES DOCUMENTS SUIVANTS :**

- **STATUTS DE L'ASSOCIATION (OBLIGATOIRE)**
- **COPIE DE L'ENREGISTREMENT A LA PREFECTURE (OBLIGATOIRE)**
- **CALENDRIER DES EVENEMENTS A VENIR (SOUHAITÉ)**
- **COUPURES DE PRESSE, ARTICLES**
- **PHOTOS**