***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

 ***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE ……………***

***ETABLISSEMENT ………………***

***………………………….***

***DE ………………..***

***N° /….***

***ATTESTATION***

***DE BONNE EXECUTION***

 **J**e soussigné, MR ………….……………………., directeur de l’établissement ….

………………… de ……………. atteste que l’entreprise **………………………………….**

demeurant à **.…….** à réalisé au cours de l’année **………**, au profit de notre établissement

le projet suivant :

\* ………………………………………………………………………

 ……………………………………., objet du contrat n° **..** du **../../….**

 d’un montant de : **…………………….. DA** .

La présente attestation est délivrée à l’intéressé sur sa demande pour servir et valoir ce que de droit.

 ***……………….. , LE………………….***

 ***LE DIRECTEUR***

 ***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

 ***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE ……………***

***ETABLISSEMENT ………….***

***…………………………………***

***DE …………………….***

***N° /…..***

***ATTESTATION***

***DE BONNE EXECUTION***

 **J**e soussigné, MR : **……………………….**, directeur de l’établissement …………………

……………………… de …….., atteste que ………………………………………..… Atelier de

confection agrée « …………………………. »,demeurant à………….. **–** ………………..**,** a donné

 satisfaction quant à la fourniture des articles suivants au titre de l’exercice 2011 :

 \* ……………………………

 \*……………………...

La présente attestation est délivrée à l’intéressée sur sa demande pour servir et valoir ce que de droit.

 ***…………., LE………………….***

 ***LE DIRECTEUR***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

 ***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE …………..***

***ETABLISSEMENT ………..***

***…………………………..***

***DE …………………..***

***N° / /…………***

***ATTESTATION DE BONNE EXECUTION***

 *Je soussigné, MR :* ***…………………………………………….****, directeur de l’établissement*

 *………………………………………. de ………………. , atteste que la SAA , direction régionale*

 *de ……………, sise à …………………………………………….., a donné satisfaction dans le suivi*

 *du programme d’assurance ( gestion et qualité de la prestation ) que nous avons*

 *domicilié auprès de son agence de ……………. .*

 *La présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit* .

  ***………., LE ../../…………***

 ***LE DIRECTEUR***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE ……..***

***ETABLISSEMENT ………***

***………………………………..***

***DE ……………………***

***N°/ / …….. /…….***

***ATTESTATION DE BONNE EXECUTION***

 ***J****e soussigné, Mr :* ***………………………..****, Directeur de l’Etablissement Public*

 *……………………… de …….., Atteste que …………………………………..**dont le siège*

 *social est sis à :* ***………………………………………………………………………….***

 *à livré et installé au cours de* ***l’année 2012***  *au profit de notre établissement dans de*

 *bonne conditions et dans les délais convenus,* ***………………………………………*** *pour*

 *un montant de :* ***………………….DA ( ………………………………………. Dinars*** *).*

***L****a présente attestation est délivrée à l’intéressée sur sa demande pour servir et valoir*

 *ce que de droit.*

 ***Fait à ………….., le*** *…………….……*

 ***LE DIRECTEUR***

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

 **MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**MINISTRE DE L’ECONOMIE**

**DIRECTION DES IMPOTS DE**

 **LA WILAYA DE ……………**

**RECETTE ……………………**

***Attestation de virement***

 Je soussigné, trésorier comptable de l’établissement ………………………………

 de …………… ,certifie que les factures de : **……………………** .

 Mentionnées ci-après ,ont été virées pour créditer le compte **……………** au compte courant

 bancaire N°**…………………………….. .**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DESIGNATION DES FACTURES** | **ORDONNANCEMENT** |
| **N°D’ord** | **Numéro** | **Dates** | **Montant** | **Mandats** | **Chèques** |
| **N°** | **Dates** | **N°** | **Dates** |
| **…………….** | **..…………..** | **…………….** | **………………..** | **………………** |  |  |  |
| **TOTAL** | **…………….** |
|  |  |

 **Fait à ………….**

 **Mr le trésorier de l’…… de …….**

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE …….***

***ETABLISSEMENT ………..***

***N° …………………. /………..***

***ATTESTATION DE MAIN LEVEE***

 ***SUR CAUTION DE GARANTIE***

 Nous soussigné, Directeur De L’établissement ………………………..De …………….

certifions que les travaux de réalisation d’……..…………….. de **…………….**, objet du contrat N° **..**du :**../../..** d’un montant de : **………… DA** confié à l’entreprise **……… « …………. »**, a fait l’objet d’une réception définitive le : **…………...**

 En conséquence et conformément aux dispositions de l’article N° **……** du décret présidentiel

 N°**…..** du :**…………** ………………………….., nous procédons à la main levée sur caution de garantie du : **………….**, pour un montant de :

…………… **DA (……………….. dinars et ………………………….. centimes)** délivrée par

 la banque **…………** agence de …… **……….** , à compter de la date de réception définitive des travaux sus mentionnée.

 ***………………. , LE………………….***

 ***LE DIRECTEUR***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE ....***

***ETABLISSEMENT PUBLIC ………………….***

***DE ……………..***

***N° ……………/ …………….***

***ATTESTATION DE MAIN LEVEE***

 ***SUR CAUTION DE GARANTIE***

 Nous soussigné, **MR …………………**, Directeur de l’Etablissement ……. ……… …………. de ……….. , procédons à la main levée sur la caution de bonne exécution et de la garantie délivrée le **……….**,par la **…………….** d’un montant global de : **……. DA** (…. .. .. ……………….. Dinars et ………..Centimes).

 En faveur de **………………..**, relative à la fourniture ………………………, et ………… …………….. (Exercice …………….).

 La présente attestation est délivrée sur demande de l’intéressé pour servir et valoir

 ce que de droit .

 ***…………….. , LE ……………….***

 ***LE DIRECTEUR***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE ………***

***ETABLISSEMENT ……….***

***………………………………….***

 ***DE ………………***

***N° ……………/ …………….***

***DECHARGE***

 *Je**soussigné Mr****:*** *…………………………………….……………………………………………………………..*

*Fonction :………………………………..……………………. , avoir reçu ce jour le :…………….……….………...........*

*De la part de :…………………………….……………………………, le matériel indiqué ci-dessous :*

 *….…............................................................................................................................................*

 *…………………………………………………………………………………………………..…………………………………..………*

 *………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….*

 *……………………………………………………………………………………………………..…………………………….…….…....*

 ***C****ette Décharge Est Délivrée Pour Servir Et Valoir Ce Que De Droit .*

***…………., Le*** ***.. / .. / ….***

 ***LE PRENEUR L’ECONOME***

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE ……***

***ETABLISSEMENT ……..***

***…………………….***

***DE ……..***

***N° /………….***

***DECISION***

***Le Directeur de L’établissement ……………………..de ………………***

* Vu la loi n° 90-30 du 1er Décembre 1990, relative au domaine national.
* Vu le décret exécutif n° 91/454 du 23 Novembre 1991, fixant les conditions et les modalités d’administration et de gestion des biens du domaine privé et du domaine public de l’état.
* Vu la loi n° 91/25du 18 décembre 1991, portant loi des finances pour l’année 1992 et notamment son article 162 relatif à la non cessibilité des logements de fonction
* Vu le décret exécutif n° 83/666 du 12 novembre 1983, fixant les règles relatives à la copropriété et

La gestion des immeubles collectifs ;

* Vu le décret n° 89-10 du 07 Février 1989, fixant les modalités d’occupation des logements concédés par nécessité absolue de service ou par utilité de service et les conditions de cessibilité de ces logements
* Vu l’arrêté interministériel du 17 Mai 1989, fixant la liste des fonctions et emplois ouvrant droit à la concession de logement répondant à une nécessite absolue du service ou une utilité pour le service ainsi que les conditions de leurs cessibilité ;
* Vu la décision n° ……. de la …………. portant concession de logement dépendant d’un immeuble

 Situé au niveau de ……………………………… de **………………………….** , au profit

 **…………………………..** (……………….).

- Sur proposition de Mr le S/Directeur chargé des finances et des moyens de …………… de ………… .

***DECIDE***

**ARTICLE N°01 :** Il est mis fin à la concession du logement dépendant d’un immeuble situé au niveau

 de …………………. de ……………………………………………………., attribué

 à **……………………..** (……………….) à compter du **………………..**

**ARTICLE N° 02 :** le directeur adjoint chargé des finances et des moyens est chargé de l’exécution de la présente décision.

 ***Fait à …………., le …………..***

 ***Le Directeur***

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE ………..***

***ETABLISSEMENT ……….***

***……………………..***

***DE ……………..***

***N° /………..***

***DECISION***

 ***Le Directeur de L’établissement ……………………… de ……….***

* Vu la loi n° 90-30 du 1er Décembre 1990, relative au domaine national .
* Vu la loi n° 91/25du 18 décembre 1991, portant loi des finances pour l’année 1992 et notamment son article 162 relatif à la non cessibilité des logements de fonction
* Vu le décret exécutif n° 91/454 du 23 Novembre 1991, fixant les conditions et les modalités d’administration et de gestion des biens du domaine privé et du domaine public de l’état .
* Vu le décret n° 89-10 du 07 Février 1989, fixant les modalités d’occupation des logements concédés par nécessité absolue de service ou par utilité de service et les conditions de concession de ces logements
* Vu le décret exécutif n° 07/140, portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers, et des établissements publics de sante de proximité .
* Vu l’arrêté interministériel du 17 Mai 1989, fixant les fonctions et emplois ouvrant droit à la concession de logement répondant à nécessite absolue ou de service ou à l’utilité de service, ainsi que les conditions de concession de ces logements.
* Vu les nécessités de service.

***DECIDE***

**ARTICLE N°01  :** Il est concédé à **…………………………….** ( …………………………….) un logement composé 03 pièces, cuisine et salle de bain,dépendant d’un immeuble sis à la salle de soin de **……………..** commune de **……………..** (……………. ).

**ARTICLE N° 02  :** Cette concession prend effet à compter du :……………………

**ARTICLE N° 03 :** Cette concession est révocable de plein droit à tout moment , si le bénéficiaire ne

 jouit pas des lieux en père de famille et prendra fin en tout état de cause à la date ou celui –ci cessera

 d’occuper son emploi actuel .

 En aucun cas le concessionnaire ou ses ayant droits ne pourront opposer à l’administration , la

 législation réglant les rapports entre bailleur et locataire occupant des locaux d’habitation ou à usage

 professionnel notamment en ce qui concerne le maintien dans les lieux .

**ARTICLE N ° 04 :** Cette concession est consentie à titre onéreux en raison des sujétions imposées par

 les nécessités de service.

**ARTICLE N° 05 :** Cette concessions est consentie moyennant une redevance locative égale à :

 - en chiffre :

 - en lettre :

 Le montant de la location sera règle directement au service des domaines de ……………

**ARTICLE N° 06 :** l’entretien du logement concédé, intégré à celui de l’ensemble du bâtiment dans lequel

 il se trouve ou de l’unité principale de laquelle il dépend, est pris en charge par l’administration ou

 l’organisme employeur.

**ARTICLE N° 07 :** En tout état de cause, le bénéficiaire de la concession sera tenu responsable de toute

 dégradation des locaux provenant d’un abus de jouissance.

 ***Fait à ………….. le :***

 ***LE DIRECTEUR***

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE ………..***

***ETABLISSEMENT ……….***

***……………………..***

***DE ……………..***

***N° /………..***

***RECENSEMENT DES LOGEMENTS APPARTENENANTSA L’ETAT OU DETENUS***

***PAR LUI A UN TITRE QUELCONQUE A L’EXPCETION DE CEUX SOUMIS***

***A L’ORDONNANCE N° 66-102 DU 06 MAI 1966***

*Service affectataire**:* ***Etablissement …………………………………….. de .....***

*Dénomination de l’immeuble**:* ***logement d’astreinte ……………………. .***

*Adresse exacte**:* ***……………………………… commune de ………… ……………..***

*Nature juridique :* ***propriétaire Etablissement ………………De ……………..***

*Situation de logement: /*

 *Bâtiment étage cote n°*

*Nombre de pièces principales :……… pièces secondaire cuisine ,salle de bain …..*

*Dépendance :*

*Nom et prénom de l’actuel occupant : …………………..*

*Situation de famille : ……………………………*

*Grade : para médical diplômés d’état. Fonction :*

*Indice actuel :*

*Occupation autorisée par :* ***Etablissement ………………………… de ……………………..***

*A compter de :*

*Date et numéro de la décision :*

*Proposition du service affectataire :*

*Arrête de concession numéro :*

*Inventaire détaille des lieux : ………………………..*

*Renseignement concernant le précédent occupant :*

*Date d’entrée et de sortie :*

*Numéro et date des arrêtes de concession :*

*Et de résolution :*

 ***Fait à …………………….., le***

 ***LE DIRECTEUR***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

 ***WILAYA DE ………..***

 ***ETABLISSEMENT ……………….***

***……………………………***

 ***DE ………………………***

 ***N° / /………………***

***DECISION***

 *Le directeur de l’établissement ………………………….. de ………………..*

*- Vu le décret n° 90/99 du 27 mars 1990 relatif au pouvoir de nomination et de gestion administrative*

 *à l’égard des fonctionnaires et agents des administrations centrales, des wilayas, des communes ainsi*

 *que des établissements publics a caractère administratif en relevant.*

*- Vu le décret exécutif n°07/140 du 19 mai 2007 portant création et fonctionnement et organisation*

 *des établissements publics hospitalier (EPH) et établissements publics de sante de proximité (EPSP).*

 ***Décide***

***Article 01 :*** *il est crée au sein de l’établissement public …………………… de ……………… une commission*

 *dénomme : commission des reformes.*

***Article 02 :*** *la commission des reformes est composée des membres ci – après :*

 *\*Directeur de l’établissement ………………….. …………………….. de ……….. président*

 *\*le sous -directeur des finances et des moyens . membre*

 *\*le sous -directeur des activités de sante . membre*

 *\*le président du conseil médical. membre*

 *\*le pharmacien. membre*

 *\*le chef de parc auto . membre*

 *\*représentant ou coordinateur des chirurgiens dentaires . membre*

 *\* le charge des inventaires . membre*

***Article 03 :*** *la commission des reformes peut faire appel a toute personne jugée utile.*

***Article 04 :*** *les directeurs adjoints de l’établissement ……………………………………… de …………………. sont*

 *chargé chacun en ce qui le concerne de l’exécution de la présente décision .*

  ***Fait à …………………. ,Le***

 ***LE DIRECTEUR***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

 ***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE ……………***

***ETABLISSEMENT ……………***

***DE ………………..***

***N° / /………………….***

 ***LE DIRECTEUR DE L’ETABISSEMENT ……***

 ***………………………….. DE .............***

 ***A***

 ***MR LE MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION***

 ***ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

 ***(DIRECTION DES FINANCES ET DES MOYENS)***

 ***- S/C DE MR LE DIRECTEUR DE LA SANTE ET DE***

 ***LA POPULATION DE LA WILAYA DE …..***

***OBJET : A/S Demande d’Acquisition d’une Ambulance***

 ***Au Profit de l’Etablissement***

 ***Suite à la délibération du conseil d’administration en date du …………………..***

 ***Relative à l’acquisition d’une ambulance , en vue de renforcer le parc - automobile***

 ***de l’établissement.***

 ***Nous avons l’honneur de venir solliciter vos services , afin de nous accorder***

 ***une autorisation d’acquisition d’une ambulance.***

 ***A cet effet, nous tenons à vous informer que …………………………………***

 ***Veuillez agréer monsieur le ministre l’expression de notre profond respect.***

 ***Fait à ………….., le …………….***

 ***LE DIRECTEUR***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

 ***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE ……………***

***ETABLISSEMENT ……………***

***DE ………………..***

***N° / /………………….***

 ***LE DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT***

 ***.......................................................***

 ***DE ………………..***

 ***A***

 ***MR: LE DIRECTEUR D’ALGERIE TELECOM***

 ***(SERVICE COMMERCIAL)***

 ***AGENCE DE …………………..***

***OBJET  : Demande de transfert de la Ligne Téléphonique***

 ***N° ………….. installée au niveau de ……………………..***

 ***……………. vers …………………………………………..***

 ***J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir procéder au***

 ***transfert de la ligne téléphonique citée ci - dessus vers ………………………………………***

 ***située à l’adresse suivante :***

***……………………………………………………….. .***

 ***Dans l’attente d’une suite favorable, veuillez agréer monsieur le directeur***

 ***l’expression de notre parfaite considération.***

 ***…………, le ………/…../………..***

 ***P/ Le Directeur***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE …………***

***ETABLISSEMENT …………..***

***DE ………….***

***N° / /…………..***

 ***LE DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT***

 ***………………………………………………….***

 ***DE ………………..***

 ***A***

 ***MR: LE DIRECTEUR DE LA SONELGAZ***

 ***DE …………………..***

***OBJET : Demande de fourniture et pose d’un compteur***

 ***électrique 380V pour …………………………..***

 ***J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir nous dépêcher***

 ***une équipe pour procéder à l’installation d’un compteur électrique 380 v***

 ***au niveau du service sus -cité .***

 ***Comptant sur votre collaboration, veuillez recevoir monsieur le directeur***

 ***l’expression de mon profond respect .***

 ***……….., le ……………………..***

 ***P/ Le Directeur***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE …………***

***ETABLISSEMENT …………..***

***DE ………….***

***N° / /…………..***

 ***LE DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT***

 ***…………………………………………………***

 ***DE …………***

 ***A***

 ***MR: LE DIRECTEUR DE …………….***

 ***……………………………………….***

***OBJET : A/S Mise en service de l’appareil de radiologie 320 MA***

 ***Installé au niveau de ……………***

 ***En raison du transfert du service des urgences médicales de ………. ……….***

 ***de ……………. vers ………………….. en date du ……………………,et pour nous permettre***

 ***de faire fonctionner le service de radiologie de la ……………. en question.***

 ***J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir nous dépêcher une équipe pour la mise en marche de l’appareil de radiologie 320 MA acquis par la ……. de ………., installé par vos services le ………….. au niveau de la …………………………..***

 ***En fin Comptant sur votre collaboration, veuillez recevoir monsieur le directeur l’expression de mon profond respect .***

 ***…………, le ……………….***

 ***P/ Le Directeur***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE …………***

***ETABLISSEMENT …………..***

***DE ………….***

***N° / /…………..***

 ***LE DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT***

 ***……………………………………………***

 ***DE ………………..***

 ***A***

 ***MR: LE DIRECTEUR DE L’ A.D.E***

 ***DE ……………………***

***OBJET : Demande de branchement en A E P***

 ***au niveau de …………….. de …………….***

 ***J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir nous dépêcher une***

 ***équipe pour réaliser l’opération cité en objet .***

 ***En vous remerciant, pour la diligence que vous accorderez à cette affaire .***

 ***Veuillez agréer monsieur le directeur l’expression de ma parfaite considération.***

 ***……., le ………………….***

 ***P/ Le Directeur***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE …………***

***ETABLISSEMENT …………..***

***DE ………….***

***N° / /…………..***

 ***LE DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT***

 ***………………………………………………………***

 ***DE ……………………***

 ***A***

 ***MR: LE DIRECTEUR DE LA SONELGAZ***

 ***( Service de facturation )***

***OBJET : Demande d’établissement des duplicata des factures***

 ***J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir nous établir des duplicata***

 ***de factures dont les références mentionnées ci - dessous :***

 ***- Fact n° : ……………….. du ……………………….***

 ***- Fact n° : …………… …… du ……………………………..***

 ***En vous remerciant, pour la diligence que vous accorderez a cette opération.***

 ***Veuillez agréer monsieur le directeur l’expression de ma parfaite considération***

 ***Fait à ……….., le …………….***

 ***P/ Le Directeur***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE ……………***

***ETABLISSEMENT ………………..***

***.…………………………………***

***DE ……………….***

***N° / / ………………….***

 ***LE DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT***

 ***……………………………………….***

 ***DE …………………..***

 ***A***

 ***MR: LE DIRECTEUR DE L’ A.D.E***

 ***DE ……………………***

***OBJET : : Demande fourniture et pose des compteurs***

 ***D’eau au niveau des logements de fonction***

 ***Appartenant à notre établissement***

***p.j : liste des structures (polyclinique + salles de soins ).***

 ***J’ai l’honneur de vous demander de bien vouloir nous dépêcher une équipe***

 ***pour effectuer l’installation des compteurs d’eau au niveau des logements de fonction***

 ***appartenant à notre établissement ci-joint liste des structures.***

 ***En vous remerciant, pour la diligence que vous accorderez a cette opération.***

 ***Veuillez agréer monsieur le directeur l’expression de ma parfaite considération.***

 ***…………, le ………………..***

 ***LE S / DIRECTEUR DES FINANCES***

 ***ET DES MOYENS***

***REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE***

***MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE***

***WILAYA DE ……….***

***ETABLISSEMENT ………….***

***………………………………….***

***DE ……***

***N° / / ………………..***

 ***LE DIRECTEUR DE L’ETABLISSEMENT***

 ***………………………………………***

 ***DE ……………..***

 ***A***

 ***MR: LE DIRECTEUR DE LINDE GAS***

 ***…………………….***

***OBJET : Demande de Location de Six (..) Obus***

 ***D’oxygène Médical***

 ***En prévision de l’ouverture des points de garde incessamment au niveau***

 ***des polycliniques et pour doter ces dernières en oxygène médical , J’ai l’honneur***

 ***de vous solliciter de bien vouloir nous louer (..) six bouteilles d’oxygène médical.***

 ***En vous remerciant, pour la diligence que vous accorderez a cette opération.***

 ***Veuillez agréer monsieur le directeur l’expression de ma parfaite considération.***

 ***……………., le ………………….***

 ***LE S / DIRECTEUR DES FINANCES***

 ***ET DES MOYENS***

 **الجمــهوريــــــــــــــة الجــزائريــــــــــة الديمقـــراطيـــــــة الشـعبيـــــــــــة**

**وزارة الصحـــــــة و السكـــان و إصــــلاح المستشفيــــــــــات**

**المؤسســــة العموميــــــة**

**................................ .**

**…………………………………..**

**الـــــــرقم : ........./……….**

**إلــــــــى السيــــد : مــديــــرالصحــة والسكـــان**

**لــولايـــــــة ……………**

**المـوضــــــوع** **/ بـخصــــوص ضيــــاع ختــــم إداري**

 **مستـــديــــــر الشكـــــــــــــــــل**

 يــؤسفنـــي أن أخبـــركــم عــن ضيــاع ختــم إداري مستـديــر الشكــل للمؤسســـة ....................................... ب.......................... يحمـــل العبــــارة التـاليــــــــــة :

 **المؤسســــــة ........................................**

 **قاعــــة العــــــلاج ........................**

  **الـــــطبــــيب**

 كمـــا أحيطكـــــم علمـــا أنــه تـــم إبـــلاغ الوحــدة الإقليميـــة للــدرك الوطنــي ب.......بــــذالك.

 لهـــذا فــإن إدارة المؤسســـة ........................... ب........ تتبــــرأ مــن كـل إستعمــال غيـــر قانـونــــي لهــــذا الختـــــم إبتـــــداء مـــــن **...................**.

 **.................... فــــي**

**المـــديــــــــــــــر**