

## Contact

### VOUS CONNAÎTRE

Titre *(obligatoire)*

M.

Nom *(obligatoire)*

Prénom *(obligatoire)*

Courriel *(obligatoire)*

Confirmation du courriel *(obligatoire)*

Téléphone

Adresse

Code postal

Ville

### VOTRE MESSAGE

Objet *(obligatoire)*

Ce texte correspond au sujet du courriel

Message *(obligatoire)*

Étape suivante

---

**CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL  
DE CAVAILLON - LAURIS**  
119 Avenue Georges Clemenceau  
CS 50 157  
84304 Cavailon Cedex  
+33 (0)4 90 78 85 00

Nous contacter par courriel

<http://www.ch-cavailon.fr/contact-9.html>