

## Acteur

Participant (nom du participant tel qu'il figure sur le formulaire «Informations sur le participant»):

Établissement financier	
Type:	
Nom:	Description:
Rue:	GLN:
NPA:	Lieu:
Rôle:	
Entité juridique:	

ou

Établissement de santé	
Type:	
Nom:	Description:
Rue:	GLN:
NPA:	Numéro RCC:
Lieu:	Rôle:

Les données indiquées ci-dessus sont enregistrées dans la base de données des participants SHIP, dans les Central Services.