**FICHE DE CANDIDATURE**

**Renouvellement des membres de la commission régionale de conciliation et d’indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales du Centre-Val de Loire**

*Une fiche par représentant proposé*

|  |
| --- |
| **Informations relatives à l'association**  |
| **Nom :**  | **Sigle :** |
| **Objet de l’association :** **Activités principales réalisées par l’association :**  | **Secteur géographique couvert par l’association :** **Nombre d’adhérents :**  |

|  |
| --- |
| **Informations relatives à la personne proposée** |
| **Nom/prénom du candidat**  |  |
| **Fonction**  |  |
| **Adresse électronique** |  |
| **Numéro de téléphone** (portable et fixe) |  |
| **Date de naissance** |  |
| **Son parcours professionnel et sa situation actuelle** (en quelques mots) : |
| **Quelles sont ses motivations et celles de l’association ?** |
| **Siège de titulaire ou suppléant ?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Signature du président de l’association ou son représentant : | Signature du candidat (qui vaut engagement) : |
|  |  |