**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) : |
|  |  |