

FICHE DE CANDIDATURE

Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des Affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI) Collège : représentants des usagers du système de santé

Nom l'association agréée du système de santé:

.....

Adresse :

.....

Code Postal :

.....

Ville:.....

Adresse mail

.....

N° de téléphone :

.....

Personne responsable de l'association :

Nom

.....

Prénom

.....

Adresse mail

.....

N° de téléphone

.....

Membre désigné ou proposé :

Madame Monsieur

NOM :

Prénom:

Adresse mail :

N° Téléphone

:

Profession / fonction :

.....
.....
.....
.....
.....

Type de siège (sélectionner la case correspondante) :

TITULAIRE : SUPPLEANT N°1 : SUPPLEANT N° 2

La CCI se réunit deux fois par an, une fois à Ajaccio, l'autre fois à Bastia. Souhaitez - vous participer aux réunions :

- Ajaccio ET Bastia
- Ajaccio uniquement
- Bastia uniquement

Formulaire à retourner par mail à ars-corse-democratie-sanitaire@ars.sante.fr en mettant en copie France Asso santé Corse : cfelix@france-assos-sante.org