

FICHE DE CANDIDATURE

Représenter les usagers

Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI) Bourgogne et Franche-Comté

1. LA REGION (sélectionner la région): Bourgogne Franche-Comté

2. ASSOCIATION : (formulaire à renseigner par l'association)

Nom de l'association :

.....

Adresse mail :

Téléphone :

Adresse :

Code postal : Villes :

Personne en charge du dossier :

NOM :

Prénom :

Adresse mail :

N° de téléphone :

Date, signature et cachet de l'association :

3. AGREMENT au titre de l'article L 1114-1 du code de la santé publique

Pour rappel, seules les associations agréées en santé peuvent représenter les usagers.

Merci de fournir un justificatif d'agrément fournir lors de l'attribution de votre d'agrément.

Numéro d'agrément (sélectionner votre type d'agrément) :

National : N20__ / __ / ____ OU Régional : R20__ / __ / ____

Nom de l'association ayant l'agrément :

.....

Dans le cas où l'association n'est pas elle-même agréée mais est adhérente ou affiliée à une association agréée, merci de fournir un justificatif qui vous autorise à bénéficier du numéro d'agrément de l'association qui en bénéficie.

4. CANDIDAT :

Madame Monsieur

NOM :

Prénom :

Adresse mail :

N° Téléphone :

Rôle au sein de l'association :

Type de siège (sélectionner la case correspondante) :

TITULAIRE :

SUPPLEANT N°1 :

SUPPLEANT N° 2 :



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Sièges de représentant des usagers déjà occupés (actuellement ou par le passé) :

Instance (CDU, CS, CRSA...)	Lieu	Période

En application de l'article 176 de la loi de modernisation du système de santé, merci de joindre à votre candidature, ou le cas échéant dans les 6 mois suivant votre désignation, une attestation de suivi de formation de base répondant au cahier des charges du 17 mars 2016.

Date et signature du candidat :