

FICHE DE CANDIDATURE

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

Région : Bourgogne Franche-Comté

Collège :

Nom de l'organisme/association :

Adresse :

Code Postale :

Ville :

Adresse mail :

N° de téléphone :

Personne en charge du dossier :

Nom :

Prénom :

Adresse mail :

N° de téléphone :

Membre désigné ou proposé :

Madame Monsieur

NOM :

Prénom :

Adresse mail :

Adresse mail à mettre en copie (si vous le souhaitez) :

N° Téléphone :

Profession / fonction :

.....

.....

Type de siège (sélectionner la case correspondante) :

TITULAIRE :

SUPPLEANT N°1 :

SUPPLEANT N° 2 :