

RAME

Réseau Accès aux Médicaments Essentiels

FICHE D'INSCRIPTION N°

IDENTITE DU CANDIDAT

NOM :
PRENOM (s).....
DATE ET LIEU DE NAISSANCE
PAYS.....
RESIDENCE (Ville Secteur) :.....
PROFESSION :.....
ADRESSE : BP :.....
TEL : BUR..... Mobil.....
E-mail :.....

EXPERIENCE ASSOCIATIVE

Date.....

Association (s).....
Poste (s) occupé (s)

MOTIVATION

Je désire m'engager comme Membre Actif

Signature du Candidat

Avis du Responsable à la Mobilisation sociale et à la Communication

.....

Décision du Conseil d'Administration

.....

Date.....Signature du PCA