

**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 Sympathisant

Signature du Candidat

Avis du Responsable à la Mobilisation sociale et à la Communication

.....

Décision du Conseil d'Administration

.....

Date.....Signature du PCA