**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 : ☐**