



FORMULAIRE DE CANDIDATURE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU GIFE

Nom Prénom.....

N° ADELI : Date de naissance : L L L L L L L L L

N° Diplôme d'Etat Infirmier (*merci de joindre la copie de votre diplôme IDE*) :

Lieu et date d'obtention du D.E. d'Infirmier(e) :

Email Personnel.....

Adresse Professionnelle complète

Service..... Etablissement

Rue.....

Code Postal L L L L L Ville

Etablissement : Public Privé Autres

Tél L L L L L L L L L L L Fax L L L L L L L L L L L

Plate-forme endoscopie

Hépatogastroentérologie Pneumologie Autres

Grade

IDE Cadre de Santé Cadre Supérieur de Santé

Je souhaite être candidat(e) au Conseil d'Administration du GIFE, pour un mandat de 3 ans renouvelable, pour les raisons suivantes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

J'ai des compétences particulières (ex : référent en matériel, prothèses, hygiène, enseignement, informatique, maîtrise de la langue anglaise...)

.....

.....

.....

Autres diplômes obtenus pouvant servir à l'activité du GIFE

.....

.....

Date :

Formulaire à retourner au :

Secrétariat du GIFE
BP 9 - 35440 MONTREUIL SUR ILLE

Signature :

