

FORMULAIRE DE CANDIDATURE

Je soussigné(e) (prénom et nom),

.....

domicilié(e) à

.....

Tél :

Mail :

De genre : m / f / x

Né(e) le

Je suis intéressé(e) par les activités du Comité de patients et, sous réserve du nombre de places vacantes, souhaiterais être entendu(e) dans le cadre de la procédure de recrutement.

Je suis amené(e) à fréquenter le CHMouscron car je suis

un patient (soins reçus au cours des 3 dernières années)

un proche (soins prodigués au patient au cours des 3 dernières années)

un proche d'un patient atteint d'une maladie chronique

Date :

Signature :