



## DEMANDE D'ADMISSION

En tant que responsable ou associé à un établissement de santé situé dans un pays en développement, vous souhaitez bénéficier du Programme Appui aux soins de santé qui permet d'obtenir des médicaments et de l'équipement médical de qualité et gratuits.

Dans un premier temps, CSI souhaite mieux connaître votre organisation et le contexte dans lequel vous souhaitez obtenir du matériel médical. Chaque question demande une réponse aussi précise que possible. À la lumière de ces informations, CSI sera en mesure de confirmer votre admissibilité au programme.

### ORGANISME DEMANDEUR

|                      |                       |
|----------------------|-----------------------|
| Organisme :          | Pays d'activité :     |
| Nom du responsable : |                       |
| Fonction :           | Domaine d'expertise : |
| Adresse :            | Ville :               |
| Téléphone :          | Télécopieur :         |
| Courriel :           | Site Web :            |

L'organisme demandeur dirige l'établissement de santé bénéficiaire.

L'organisme demandeur est responsable du dédouanement (si c'est un autre organisme, préciser-le plus bas).

### ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ BÉNÉFICIAIRE

Quel est le nombre d'établissements de santé bénéficiaires du projet ?

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| Établissement principal : | Nom du responsable : |
| Adresse :                 | Ville :              |
| Code postal :             | Pays :               |
| Téléphone :               | Télécopieur :        |
| Courriel :                | Site Web :           |

### ORGANISME RESPONSABLE DU DÉDOUANEMENT SI DIFFÉRENT DU DEMANDEUR

|                      |                       |        |
|----------------------|-----------------------|--------|
| Organisme :          |                       |        |
| Nom du responsable : | Prénom :              |        |
| Fonction :           | Domaine d'expertise : |        |
| Adresse :            | Ville :               | Pays : |
| Téléphone :          | Télécopieur :         |        |
| Courriel :           | Site Web :            |        |

## PRÉCISIONS SUR L'ORGANISME DEMANDEUR

Statut juridique :

Pays de fondation :

Date de fondation :

Bref historique de l'organisme :

1. Quel est votre lien avec le(s) établissement(s) de santé bénéficiaire(s) ?

2. Quels sont les objectifs associés à la demande de matériel médical ?

- 
- 
- 

3. Quelle est la durée prévue du projet ?

4. Quels sont les autres organismes participant au projet ?

- 
- 
- 

## PRÉCISIONS SUR L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ BÉNÉFICIAIRE

5. Quelle est la taille de l'établissement de santé bénéficiaire ? S'il y a plusieurs établissements, préciser le nombre dans chaque catégorie.

- Hôpital ( )       Centre de santé ( )       Dispensaire ( )  
 Si autre catégorie, préciser :

6. Qui est la seconde personne responsable de chaque établissement de santé ?

- Nom et prénom:
- Fonction :
- Coordonnées :

7. Quel est le bassin de population desservi par le(s) établissement(s) de santé ?

## PRÉCISIONS SUR LE PROJET

8. Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un appui est demandé à CSI ?

- 
- 
- 

9. Quels sont les principaux objectifs du projet ?

- 
- 
- 

10. Quels sont les principaux partenaires du projet ?

- Gouvernements locaux       Entreprises privées du pays       Entreprises privées étrangères  
 Organisations de coopération internationale, si oui préciser (nom et pays):

- 
- 
- 

11. Dans quel type de bâtiment seront installés les équipements médicaux donnés ? S'il y a plusieurs bâtiments, préciser le nombre total dans chaque catégorie ?

- Existant (    )                       Agrandissement (    )                       Local à part (    )  
 Si autre, préciser :

## DOCUMENTS À FOURNIR CONCERNANT LE DEMANDEUR

- Une copie de l'autorisation du ministère de la santé à dispenser des soins de santé;
- Les derniers états financiers vérifiés;
- Le dernier rapport annuel d'activité;
- Des photos ou vidéos des établissements bénéficiaires du projet.

Si des documents ne peuvent pas être fournis, merci d'expliquer pourquoi :

## CONFIRMATION

Je, soussigné/e, \_\_\_\_\_ (prénom et nom), confirme la véracité des informations transmises dans le présent rapport. En cas de non-respect de cet engagement, je comprends et prends acte que CSI sera en droit de me refuser toute autre demande de dons en matériel médical.

Signé à :

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

PARTIE RÉSERVÉE À CSI

DIRECTION GÉNÉRALE :

RESPONSABLE DES ÉQUIPEMENTS :

MERCI D'ENREGISTRER LE FORMULAIRE, REMPLI ET SIGNÉ, AVANT DE LE TRANSMETTRE À [csi@csiquebec.org](mailto:csi@csiquebec.org)