

**ANNEXE 2**

**FICHE D’INFORMATIONS SPECIFIQUES CPP OCCITANIE**

**ASSOCIATIONS AGREEES AU TITRE DE L’ARTICLE L.1114-1 DU CSP**

A retourner à l’Agence Régionale de Santé Occitanie par mail à l’adresse suivante :

ars-oc-duaj-democratie-sanitaire@ars.sante.fr

Je pose ma candidature en tant que membre du Comité de Protection des Personnes :

* Sud-Ouest et Outre-Mer I II
* Sud Méditerranée III IV

**ASSOCIATION :**

NOM et SIGLE Association :

Adresse :

N° et date de l’agrément :

(Préciser s’il s’agit de l’association elle-même ou de sa fédération/union et joindre la copie de l’arrêté portant agrément de l’association)

**REPRESENTANT :**

Nom :

Prénom :

 Date et Signature

*Signature et cachet de l’association/union/fédération dépositaire de l’agrément*