



PLATEFORME AFRICAINE DES ASSOCIATIONS CHRETIENNES DE SANTE  
**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION**

---

1. Type d'adhésion :

- Nouvelle  
 Renouvellement

2. Nom de l'organisation:

3. Adresse postale : \_\_\_\_\_

4. Numéro de Téléphone : \_\_\_\_\_

5. Email: \_\_\_\_\_ (b)Site Web: \_\_\_\_\_

6. Adresse Physique: \_\_\_\_\_

7. Pays: \_\_\_\_\_

8. **ACTIVITES DE L'ORGANIZATION** : Expliquez brièvement dans quel domaine de la santé votre organisation intervient.

9. Chaque demande devra être soutenue par un membre existant d'ACHAP en tant que parrain, et appuyée par n'importe quelle autre organisation intervenant dans le domaine de la Santé /Développement. La liste des membres de votre Pays peut être fournie à titre de référence. Vous pouvez choisir n'importe quelle organisation intervenant dans le secteur de santé /développement qui est familière avec votre institution pour remplir dans la section du demandeur.

**Soumis par:**

Nom: \_\_\_\_\_

Nom de l'Organisation: \_\_\_\_\_

Titre du Signataire: \_\_\_\_\_

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

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

**Appuyé par:**

Nom: \_\_\_\_\_

Nom de l'Organisation: \_\_\_\_\_

Titre du signataire : \_\_\_\_\_

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

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

**10. PAIEMENT**

L'Adhésion est conditionnée par le paiement d'une somme de 200USD par an. Cette somme sera versée sur le compte bancaire suivant (veuillez inclure 20USD pour couvrir les frais bancaires)

Veuillez indiquer le mode de paiement

- Chèque
- Transfert Bancaire
- Monnaie/Ordre postal
- Transfert d'Argent
- En Espèces

Nous, \_\_\_\_\_ sollicitons une demande d'adhésion à la Plateforme Africaine des Associations de Santé et nous engageons à respecter scrupuleusement sa constitution.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

AFRICA CHAs PLATFORM  
P.O BOX 30690-00100, Nairobi Kenya  
Tel: +254 20 444 41920/ 444 4184  
Email: [chas@africachap.org](mailto:chas@africachap.org)  
Web: [www.africachap.org](http://www.africachap.org)