INTERNATIONAL CARE CONGO SARLU.
Siège Social : Avenue Kauka N° 7
Commune de la Gombe, Kinshasa
République Démocratique du Congo
Tél.: +243 (0) 820 773 037 – info@icare-congo.com

Fiche d'Identification pour prestataire - ICARE Congo

Date de la demande : ……[**À REMPLIR : JJ/MM/AAAA**]

Type de demandeur : ☐ Personne Physique ☐ Personne Morale

Informations Personne Physique :

Nom : ……

Prénom : ……

Date de naissance : ……

Lieu de naissance : ……

Nationalité : ……

Adresse du domicile : ……

Téléphone principal : …….

Téléphone secondaire (facultatif) : …….

Adresse e-mail : ……

Profession actuelle : …….

Secteurs d'activité et réseau professionnel :

……

……

: Décrivez vos domaines d'expertise et les types de contacts professionnels que vous possédez]

Informations Personne Morale :

- **Dénomination Sociale :** ……
- **Forme Juridique :** …….
- **Numéro RCCM :** …….
- **Adresse du Siège Social :** …….
- **Téléphone principal :** ……

- **Téléphone secondaire (facultatif) :** ……..
- **Adresse e-mail :** …….
- **Nom et prénom du représentant légal :** …….
- **Fonction du représentant légal :** …….
- **Secteurs d'activité et réseau professionnel :**……
  ……
  ……
  [**À REMPLIR : Décrivez les domaines d'expertise de votre entreprise et les types de contacts professionnels que vous possédez**]

Motivation et Adéquation avec ICARE Congo :

- **Pourquoi souhaitez-vous devenir prestataire pour ICARE Congo ?**
  ……..
  [**À REMPLIR : Expliquez votre intérêt et votre compréhension de notre mission**]
- **Comment envisagez-vous de développer votre réseau pour ICARE Congo ?**
  ……..
  [**À REMPLIR : Décrivez vos stratégies et méthodes de prospection**]
- **Quelles sont vos attentes en termes de partenariat avec ICARE Congo ?**
  ……
  ……..
  [**À REMPLIR : Indiquez vos besoins en termes de support, d'informations, etc.**]
- **Avez-vous une expérience préalable en tant qu'prestataire ? Si oui, dans quel secteur ?**
  ……
  ……..
  [**À REMPLIR : Détaillez votre expérience, si applicable**]

Documents à joindre (obligatoires) :

- **Pour les personnes physiques :** ☐ Copie de la pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport). ☐ Curriculum Vitae (CV). ☐ Lettre de motivation.

INTERNATIONAL CARE CONGO SARLU.
Siège Social : Avenue Kauka N° 7
Commune de la Gombe, Kinshasa
République Démocratique du Congo
Tél.: +243 (0) 820 773 037 – info@icare-congo.com

- **Pour les personnes morales :** ☐ Copie des statuts de la société. ☐ Copie du RCCM. ☐ Curriculum Vitae (CV) du représentant légal. ☐ Lettre de motivation de la société.

Engagement :

Je soussigné(e), …….
[**À REMPLIR : Nom et prénom ou Dénomination Sociale**], certifie l'exactitude des informations fournies dans cette fiche et m'engage à respecter les valeurs et l'éthique d'ICARE Congo dans le cadre de ce potentiel partenariat.

Signature du demandeur (ou du représentant légal) :

Date de soumission : ……[**À REMPLIR : JJ/MM/AAAA**]

Pour usage interne - ICARE Congo :

- **Date de réception :** [**À REMPLIR : JJ/MM/AAAA**]
- **Nom du responsable de la réception :** [**À REMPLIR**]
- **Vérification des documents joints :** ☐ Oui ☐ Non (Si non, préciser les documents manquants : [**À REMPLIR**])
- **Évaluation initiale :** ☐ Positive ☐ Négative ☐ À revoir
  - **Commentaires :** [**À REMPLIR**]……
    ……..
- **Date de la première prise de contact :** [**À REMPLIR : JJ/MM/AAAA**]
- **Résultat de l'entretien (si applicable) :** [**À REMPLIR**]
- **Décision finale :** ☐ Approuvé ☐ Refusé
- **Date de la décision :** [**À REMPLIR : JJ/MM/AAAA**]
- **Nom du responsable de la décision :** [**À REMPLIR**]
- **Informations complémentaires :** [**À REMPLIR**