



Fiche d'Identification du Prestataire

Date de Création de la Fiche : lundi 23 juin 2025

Numéro d'Identification Prestataire ICARE : 100/...../2025/.....

I. Informations Générales du Prestataire

- Raison Sociale / Nom de la Structure :
- Sigle (si applicable) :
- Statut Juridique : (Ex: SARL, SPRL, ASBL, Entreprise Individuelle, Cabinet Privé, etc.)
- Numéro d'Identification Nationale (N.I.N) :
- Numéro RCCM (Registre de Commerce et du Crédit Mobilier) :
- Date de Création de la Structure : [JJ/MM/AAAA]
- Adresse Physique Complète :
 - Numéro de Parcelle/Avenue :
 - Quartier :
 - Commune :
 - Ville :
 - Province :
- Adresse Postale (si différente) :
- Numéro de Téléphone Principal :
- Numéro de Téléphone Secondaire (facultatif) :
- Adresse E-mail :
- Site Web (si applicable) :



II. Informations sur la Personne Contact Clé (pour la gestion du partenariat)

- Nom et Prénom(s) du Contact :
- Fonction / Titre :
- Numéro de Téléphone Direct :
- Adresse E-mail Directe :

III. Services Médicaux / Paramédicaux Proposés

Veillez cocher les spécialités / services que votre structure est en mesure d'offrir :

- Médecine Générale
- Pédiatrie
- Gynécologie / Obstétrique
- Ophtalmologie
- ORL (Oto-Rhino-Laryngologie)
- Chirurgie Générale
- Traumatologie / Orthopédie
- Cardiologie
- Neurologie
- Kinésithérapie / Physiothérapie
- Laboratoire d'Analyses Médicales (préciser les types d'analyses) :
- Imagerie Médicale (préciser les équipements : Radiographie, Échographie, Scanner, IRM, etc.) :
- Pharmacie / Dépôt Pharmaceutique
- Hospitalisation (nombre de lits, types de chambres) :
- Soins à Domicile
- Dentisterie
- Urgences (24h/24, avec/sans ambulance) :
- Autres services (à spécifier) :



IV. Informations Administratives et Financières

- Numéro de Compte Bancaire (RIB) :
- Nom de la Banque :
- Adresse de la Banque :
- Code SWIFT / BIC (si applicable) :
- Numéro d'Impôt / Fiche Fiscale :
- Horaires d'Ouverture :
 - Du Lundi au Vendredi : de ___ h à ___ h
 - Samedi : de ___ h à ___ h
 - Dimanche : de ___ h à ___ h
- Prise en charge des Urgences (Oui/Non) :
- Possédez-vous une ambulance ? (Oui/Non) :
- Capacité d'accueil en hospitalisation (nombre de lits) :

V. Engagement du Prestataire

Je soussigné(e),, en ma qualité de
représentant légal de certifie que les informations
fournies ci-dessus sont exactes et complètes. Je m'engage à informer ICARE Congo de tout
changement dans les informations mentionnées.

Je comprends que cette fiche d'identification est une étape préliminaire à l'établissement d'un
partenariat avec ICARE Congo.

Fait à :Le :

Nom et Prénom(s) du Représentant Légal : Fonction : Signature du Représentant Légal :

Pour usage interne ICARE Congo :

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Nom et Signature de l'Agent ICARE ayant traité la fiche :• Date de la vérification :• Statut de la Fiche : Validée / En attente / Refusée |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

