



Fiche d'Identification pour Clinique ou Hôpital

Date de Création de la Fiche :

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**
- **Ophthalmologie**
- **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 :

- Nom et Signature de l'Agent ICARE ayant traité la fiche :
- Date de la vérification :
- Statut de la Fiche : Validée / En attente / Refusée

