



Formulaire de Candidature – Devenez Franchisé Pays avec ICARE

Merci de votre intérêt pour rejoindre ICARE en tant que **Franchisé Pays**. Veuillez compléter ce formulaire afin que nous puissions évaluer votre candidature.

Informations personnelles

- **Nom complet** :
 - **Nationalité** :
 - **Adresse** :
 - **Téléphone** :
 - **Email** :
-

Informations professionnelles

- **Profession actuelle** :
 - **Entreprise (le cas échéant)** :
 - **Expérience en gestion/entrepreneuriat** :
.....
.....
-

Zone de franchise souhaitée

- **Pays** :
 - **Ville/Région** :
-

Capacité d'investissement

- 100 000 USD – Franchise standard (10 provinces)
- 250 000 USD – Franchise premium (plus de 10 provinces)
- Autre montant :



Motivations principales

- Développer un projet rentable
- Contribuer à l'accès aux soins de santé dans mon pays
- Intégrer un réseau international reconnu
- Autre :

Observations ou précisions supplémentaires

.....
.....

Je confirme mon intérêt et souhaite être contacté par un représentant d'ICARE Congo.

Signature :

Date : ___ / ___ / 20__