****

ENGAGEMENT DU REPRESENTANT LEGAL

Candidatant à l’Appel à Manifestation d’intérêt

CENTRES DE SANTE ET DE MEDIATION EN SANTE SEXUELLE

**Nom du centre de santé** : [à compléter]

Représenté par [nom, prénom], agissant en qualité de [à compléter] ayant le pouvoir d’engager juridiquement l’organisme désigné ci-dessus, je déclare :

Avoir pris connaissance du cahier des charges et du dossier de candidature relatifs à l’Appel à Manifestation d’intérêt « CENTRES DE SANTE ET DE MEDIATION EN SANTE SEXUELLE » lancé par l’Agence Régionale de Santé Ile-de-France et souscrire aux obligations qui en découlent.

Raison Sociale : [à compléter]

Finess : [à compléter]

Prénom : [à compléter]

Nom : [à compléter]

Titre/Qualité : [à compléter]

Date : [à compléter]

Signature :

Tampon de la structure