FORMULAIRE DE **CANDIDATURE.**

AIDE À LA PERSONNE

// SANTÉ BIEN-VIVRE

Vous souhaitez rejoindre le Réseau de prestataires du Groupe IMA ?
Complétez ce formulaire puis retournez-le par e-mail à **ods@ima.eu**.

Formulaire à compléter obligatoirement sur ordinateur (Adobe Acrobat Reader recommandé).
Saisissez vos réponses directement dans les champs de ce PDF, puis enregistrez-le avant de l'envoyer.
Les candidatures remplies à la main (formulaire imprimé, scanné ou photographié) ne seront pas prises en compte.
Tous les champs sont obligatoires, sauf les compléments d'adresse et les précisions demandées en cas de réponse « Oui ».
Tout dossier incomplet ne pourra pas être pris en compte. Champs numériques : indiquez 0 si vous n'êtes pas concerné.

CARTE D'IDENTITÉ

Raison sociale*

Adresse 1*

Adresse 2

Adresse 3

Code postal* Ville*

Site internet

N° SIRET*

N° SIRET : 14 chiffres, sans espace.

// Contacts

Contact principal*

Nom + Prénom*

Fonction*

Ligne directe*

Email*

FORME JURIDIQUE

Vous êtes* …

Association loi 1901 | Association intermédiaire | CCAS – CIAS – SIVOM
Entreprise | SCOP | Autre

Si autre, précisez :

Adhésion nationale* : Oui Non

Si oui, précisez :

Fédération :

Réseau :

Franchise :

Autre :

AGRÉMENTS

Disposez-vous de la déclaration* ? Oui Non

Disposez-vous de l'agrément qualité* ? Oui Non

Disposez-vous de l'autorisation* ? Oui Non

ACTIVITÉS

Modalités d'intervention* :

Mode prestataire Mode mandataire Les deux

Type d'activité	Nombre d'intervenants	Coût horaire
Aide à domicile		€ TTC
Auxiliaire de vie		€ TTC
Technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF)		€ TTC
Garde d'enfant de + 3 ans		€ TTC
Garde d'enfant de – 3 ans		€ TTC
Portage de repas		€ TTC
Bricolage		€ TTC
Jardinage		€ TTC
Aide administrative		€ TTC
Accompagnement véhiculé		€ TTC
Nettoyage de logement quitté		€ TTC

INTERVENTIONS

Secteur d'intervention*

Merci pour votre candidature !

Enregistrez ce formulaire complété et envoyez-le par e-mail à **ods@ima.eu.**