



République de Côte d'Ivoire
Autorité Nationale de l'Aviation Civile

**DEMANDE DE CERTIFICAT D'AGREMENT DE CABINET
OU CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE DU PERSONNEL
AERONAUTIQUE**
APPLICATION FOR AERONAUTICAL MEDICAL CENTER

Form 2137
Révision 00
Date : 31/05/ 2019

Réservé à DG ANAC
Reserved to ANAC DG

Réservé à DSV ANAC
Reserved to ANAC DSV

I. DEMANDE POUR (REQUESTED FOR)

1.	<input type="checkbox"/>	Cabinet médical	<input type="checkbox"/>	Centre médical
2.	<input type="checkbox"/>	Délivrance initiale		
3.	<input type="checkbox"/>	Renouvellement	Numéro d'agrement	
			Date de délivrance	
			Date d'expiration	

II. POSTULANT (APPLICANT INFORMATION)

4.	Nom <i>Legal name</i>	
5.	Situation géographique <i>place of birth</i>	
6.	Adresse <i>Permanent address</i>	
7.	Téléphone <i>Phone number</i>	
8.	Adresse électronique <i>E-mail address</i>	

III. STATUT (STATUT)

1.	<input type="checkbox"/>	Public	<input type="checkbox"/>	Privé	<input type="checkbox"/>	Militaire
2.	Autorisation d'ouverture par	<input type="checkbox"/>	décret	<input type="checkbox"/>	Arrêté	
		<input type="checkbox"/>	Décision	<input type="checkbox"/>	Autre	

IV. PIECES A JOINDRE AU FORMULAIRE (ATTACHED DOCUMENTS)

1. Manuel d'exploitation	<i>Operations manual</i>
2. Copie contrats de sous-traitance	<i>Copy of subcontract</i>
3. Copie d'autorisation d'ouverture (décret, arrêté, décision, autre.)	<i>Copy of authorization of opening</i>
4. Copie d'agrément (pour le renouvellement)	<i>Copy of approval (if renewal)</i>
5. Copie de la déclaration de recette	<i>Copy of of payment receipt</i>

NB : Le postulant doit présenter les originaux des documents cités ci-dessus à la demande des agents PEL

Note : Applicant must present the original copies of all the above documents if requested by the PEL staff

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et toute fausse déclaration de ma part m'expose aux sanctions prévues par la loi

I hereby declare the information provided is accurate and any false statement exposes me to the penalties prescribed by the law

Date & Signature:

DATE, CACHET ET SIGNATURE DU DIRIGEANT RESPONSABLE DU CENTRE/CABINET

Date, seal and signature of employer or his representative

