



Ordre des Professions Médico-Sanitaires : Infirmier, Sage femme et Technicien Médico-Sanitaire,
Association of the Professions of nurse, Midwife and Health Technician
Créé par la loi N° 84-010 du 5 Décembre 1984-Created by law N° 84-010 of December, 5th 1984

BP : 2656 Yaoundé (régionale)

Contact Président régionale: 676 251 312
Amyabdoulaye74@yahoo.fr

Secrétaire régionale : 675 30 86 63
innocentemantsana@yahoo.fr

DEMANDE DE DUPLICATA/ APPLICATION FOR DUPLICATA

Attestation d'inscription au tableau de l'ordre / CARTE NUMÉRO

Registration attestation /CARD NUMBER :

Nom et prénom : _____

Name and surnames

Sexe/sex : F/M

Nationalité/ nationality : _____

Date et lieu de naissance : _____

Date and place of birth _____

Adresse personnelle (tel) : _____

Home address

e.mail : _____

Qualifications professionnelles : _____

Professional qualifications

École de formation : _____

Where trained

Êtes- vous membres d'une autre société professionnelle : Oui/non

Membership of aother professional society : yes/ no

Laquelle/which : _____

PIÈCES À JOINDRE :

1. Photocopie attestation ou Carte
2. (2) photos d'identité 4X4
3. Le reçu de paiement des cotisations à jour dûment signé par le trésorier de la section régionale.
4. Frais de duplicata

DOCUMENTS REQUIRED :

1. A photocopy of attestation or mebership card
2. (2) Passports size photographs
3. Receipt of dues payment update duly signed by the regional treasurer.
4. Duplicata fees

Fait àle.....



Ordre des Professions Médico-Sanitaires : Infirmier, Sage femme et Technicien Médico-Sanitaire,
Association of the Professions of nurse, Midwife and Health Technician
Créé par la loi N° 84-010 du 5 Décembre 1984-Created by law N° 84-010 of December, 5th 1984

BP : 2656 Yaoundé (régionale)

Contact Président régionale: 676 251 312
Amyabdoulaye74@yahoo.fr

Secrétaire régionale : 675 30 86 63
innocentemantsana@yahoo.fr

**DEMANDE D'ATTESTATION DE PAIEMENT DES COTISATION DUES À L'ORDRE
APPLICATION FORM FOR FEES DUES TO THE COUNCIL**

Nom et prénom : _____
Name and surnames

Date et lieu de naissance : _____
Date and place of birth

Numéro/Number : _____ Signé le/ Signed on the :

Qualification professionnelle : _____
Professional qualifications

Date d'obtention du Diplôme : _____
Date of obtention of the Diploma

Adresse personnelle (tel) : _____
Home address

e.mail : _____

PIÈCES À JOINDRE :

- 1) Photocopie conforme du diplôme requis
- 2) Photocopie de l'attestation ou de la carte de membre.
- 3) Photocopie du reçu de paiement des cotisations à jour dûment signé par le trésorier de la section régionale.

Fait à

DOCUMENTS REQUIRED :

1. A photocopy of diploma
2. A photocopy of attestation or membership card
3. Receipt of dues payment update duly signed by the regional treasurer.

Le.....
SIGNATURE