



MINISTÈRE DE LA SANTÉ

AKPAKPA LITTORAL, le .....

N° ...../MS/DC/SGM/DSI/SPGS/SA

## ORDRE DE MISSION

LE MINISTRE DE LA SANTÉ AUTORISE :

Référence document d'autorisation : **EQUITE2-24-001/IM/MKO/EAK** ...Du... **02/07/2024**

Nom : **VIEYRA** ...Prénoms : **DOMINIQUE GEOFFROY**

Qualité : **TECHNICIEN SUPÉRIEUR D'ACTION CULTURELLE**

Grade : **A3-10**...Indice : **969**...Matricule : **82838** Ifu : **1201404763807**

Adresse complète : **Adresse postale : BP 01-882 Bénin Adresse mail : sante.infos@gouv.bj**

Date et lieu de Naissance : **.....03/08/1976** ...à **PARAKOU**

A se rendre en mission à: **- BOHICON**

Pour (objet complet) : **Prendre part à l'atelier de revue de la théorie de changement et de planification opérationnelle des activités de EQUITE2**

Moyen de transport : **Vehicule BC 1730 RB**

Date de départ : **08/07/2024**

Date de retour : **12/07/2024**

Conducteur à bord : **VIEYRA DOMINIQUE GEOFFROY**

Imputation budgétaire des frais de mission : **Enabel/EQUITE.**

Autorité à saisir en cas d'urgence : **SGM** **Tél ... 21332163**

Les autorités administratives sont priées de faciliter à M./Mme. **VIEYRA DOMINIQUE GEOFFROY** ,  
l'accomplissement de la mission.

La Secrétaire Générale Adjointe du Ministère,

**VISSOH AGNES P.**