

DEMANDE D'ADHESION 2017

Je soussigné(e),

Titre : Mr Mme Dr Pr

Prénom : _____ Nom : _____

Profession : _____ Spécialité : _____

Téléphone direct : _____ Téléphone secrétariat : _____

Téléphone mobile : _____ Adresse électronique : _____

Reconnais avoir pris connaissance de la charte du réseau et m'engage à les respecter.

Je souhaite devenir membre du réseau ACSANTÉ 93.

(Mon adhésion me permettra de bénéficier de tous les moyens mis en œuvre par le réseau AcSanté 93).

*Je renvoie ce document complété ainsi **qu'un exemplaire de la charte signée.***

Je souhaite adhérer à l'association AcSanté 93 pour l'année 2017, en versant une cotisation de 20€.

(Ceci me permettra de bénéficier de tous les moyens mis en œuvre par le réseau AcSanté 93 et d'avoir le droit de vote aux assemblées générales)

Je renvoie ce document complété, un exemplaire de la charte signée et un chèque de 20 euros à l'ordre de ACSANTÉ 93.

Je souhaite recevoir le rapport d'activités 2016 de l'association

Nom du lieu d'exercice principal (lieu où vous souhaitez recevoir votre courrier) :

Service :

Adresse :

Code postal :

Téléphone :

Adresse du site web:

Ville :

Fax :

Nom du lieu d'exercice secondaire :

Adresse :

Code postal :

Téléphone :

Adresse du site web:

Ville :

Fax :

Fait à _____, le _____

Signature

