

DEMANDE D'ADHESION 2018

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 2018, 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 à l'assemblée générale)

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 2017 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

