

BULLETIN D'ADHÉSION

Votre statut professionnel :

- Régulateur
 Effecteur de soin
 CPTS
 Autre profession de santé

Précisez quelle profession :

Civilité (NOM / Prénom) :

Profession :

Adresse :

Code postal / Ville :

N° RPPS :

N° ADELI :

Je, soussigné(e), désire adhérer à l'association SAS 76A. A ce titre, je m'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur de l'association (documents disponibles sur demande).

Fait à, le

Signature

Bulletin à renvoyer :

- par courriel à : contactsas76a@gmail.com