



## FORMULAIRE D'ADHESION POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Formulaire transmis dans les 5 jours au réseau qui en adressera une copie à la CPAM d'AGEN

nom :		prénom :	
<b>Profession</b>			
médecin		infirmière	
		psychologue	
		autre :	
<b>numéro d'adhérent au réseau</b>			
<b>Réfèrent SP</b>		<b>secteur</b>	
<b>Documents remis par le réseau lors de l'adhésion</b>			
charte		convention constitutive	
		statuts de l'association	
		document d'information à l'intention de l'utilisateur	

Je soussigné(e), Madame, Mademoiselle, Monsieur,  
(nom et prénom)

.....

N°d'identification .....

Adresse .....

Numéro de téléphone .....

déclare avoir pris connaissance des statuts de l'association PALLIADOL, de la  
Convention Constitutive ainsi que de la Charte du réseau et m'engage à en respecter les  
dispositions.

A ..... le.....

Cachet du réseau :

Signature et cachet du professionnel:

Adhésion enregistrée le : .....

Adhésion non enregistrée-Motif : .....