

BULLETIN D'ADHESION PROFESSIONNEL DE SANTE

Je soussigné(e) Madame, Monsieur (barrer la mention inutile)

Nom

Prénom

Profession Libéral Non Libéral

N° ADELI / RPPS / SIRET :

Adresse professionnelle

.....

CP : Ville

E-mail :

Tél : Port :

Certifie avoir pris connaissance des **statuts** et de la **charte** du réseau Revesdiab mis à ma disposition sur le site internet et **en accepte les termes**.

Je souhaite **adhérer** au réseau Revesdiab.

Je souhaite cotiser 10€ afin de participer à la vie active du Revesdiab

(Chèque à l'ordre de Revesdiab, espèce à l'adresse 4 rue Octave du Mesnil 94000 Créteil ou virement bancaire sur l'IBAN FR76 3000 3039 5400 0372 7104 238)

Fait à

Le / /

Cachet et signature du professionnel