

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné(e) : Madame, Monsieur (*barrer la mention inutiles*)

NOM :

Prénom :

Structure (*adhésion personne morale*) :

Adresse Complète :

.....

Profession :

Tél Fixe : Tél Portable :

Email : @

(pour une diffusion plus rapide des informations)

Certifie avoir pris connaissance des statuts de la Maison des Réseaux de Santé de Savoie mis à ma disposition au siège de l'association et/ou sur le site internet et souhaite contribuer à la réalisation de son objet.

L'association Maison des Réseaux de Santé de Savoie a pour objet de contribuer à l'amélioration de la situation sanitaire et sociale de la population de son territoire d'intervention par la mise en œuvre de moyens et services d'appui aux professionnels de santé et aux patients :

- En favorisant la coopération entre les acteurs ambulatoires et les structures sanitaires, sociales et médicosociales
- En participant ou en développant des actions de formation et de formation professionnelle et de recherches
- En développant tout moyen et action relatif à l'objet de l'association

ADHÉSION LIBRE ET GRATUITE

VALIDITE DE 1 AN

Mon adhésion peut-être résiliée par simple courrier

Merci de bien vouloir retourner ce bulletin d'adhésion dûment rempli et signé à :

MAISON DES RÉSEAUX DE SANTÉ DE SAVOIE
Espace Ryvhyère – 94 bis rue de la Revériaz
73000 CHAMBERY
Ou info@mrss.fr

Fait à : Le :

Cachet et Signature :