



BULLETIN D'ADHÉSION

Montant des frais d'adhésion : 15€ (Collège 2) - 30€ (Collège 1-3-4)

Nom:

Prénom :

Profession :

Structure (nom + domaine d'activité) :

Adresse:

Téléphone :

Courriel:

Quelles sont vos attentes vis-à-vis du RLS ? :

Merci de nous renseigner concernant les informations suivantes :

- Vous souhaitez devenir un membre actif, et ainsi obtenir le droit de vote aux Assemblées Générales
(Avec l'accord préalable des membres du Bureau pour la validation de cette adhésion)
- Vous souhaitez participer aux groupes de travail

Déclare adhérer au Réseau Loiret Santé et accepte de respecter les principes de la charte du Réseau (disponible sur le site internet : www.reseauloiretsante.org).

Vos coordonnées à l'exception du fax, du portable et du courriel pourront figurer dans notre annuaire en ligne, sauf demande contraire de votre part.

Date et signature :