



Réseau de Santé - Soins Palliatifs -

BULLETIN D'ADHESION

Nom, prénom :

Adresse :

.....

Tél. : E-mail :

Lieu d'exercice et fonction :

.....

.....

Souhaite Adhérer et devenir membre de l'Association :

10€ par Chèque Bancaire au nom de l'Association Accompagné

Fait acte

Ne fait pas acte

De candidature au **Conseil d'Administration**, (si candidature préciser date et lieu de naissance) :

.....

Est intéressé(e)

N'est pas intéressé(e)

Pour être **Membre du Bureau d'ACCOMPAGNE**

Date et Signature,

Document à retourner au

Réseau de Santé ACCOMPAGNE
Centre Socio-Administratif
3C, rue Auguste Pavie
22200 GUINGAMP