



Alp'Agés Coordination

Association loi 1901

FICHE D'ADHESION AU RESEAU DE SANTE ALP'AGES COORDINATION

Je soussigné (e), Mr / Mme / Mlle.....
en qualité de.....
domicilié(e).....
.....
N° de téléphone.....

Certifie avoir pris connaissance de la Charte et de la Convention Constitutive du Réseau de Santé Alp'Agés Coordination et m'engage à respecter les principes les régissant, ses règles de fonctionnement, tout particulièrement les règles de confidentialité et de secret professionnel partagé.

Fait à..... le.....

Signature