



RESEAU SANTE MISTRAL

**DEMANDE D'ADHESION A LA CONVENTION
PROFESSIONNEL DE SANTE
(n'entraînant pas de cotisation)**

Je soussigné (e), M, Mme, Mlle.....

Né (e) le à.....

Domicile

Profession N° de téléphone

Lieu d'exercice :

Mail

Déclare avoir pris connaissance de la Convention Constitutive et de la Charte du Réseau Santé
MISTRAL et m'engage à les respecter.

Fait à, le

Nom et signature du professionnel de santé

Exemplaire N° 1 → Professionnel de Santé



RESEAU SANTE MISTRAL

**DEMANDE D'ADHESION A LA CONVENTION
PROFESSIONNEL DE SANTE**
(n'entraînant pas de cotisation)

Je soussigné (e), M, Mme, Mlle.....

Né (e) le à.....

Domicile

Profession N° de téléphone

Lieu d'exercice :

Mail

Déclare avoir pris connaissance de la Convention Constitutive et de la Charte du Réseau Santé
MISTRAL et m'engage à les respecter.

Fait à, le

Nom et signature du professionnel de santé

Exemplaire N° 2 → Coordinateur administratif du réseau