



*Exemplaire destiné au
Réseau Cécilia*

Réseau de Coordination en Soins
Palliatifs

ACTE D'ADHESION AU RESEAU CECILIA SOINS PALLIATIFS DU SOISSONNAIS

Je soussigné (e),.....

Exerçant à
(Adresse)

Téléphone :...../...../...../...../..... Portable :...../...../...../...../.....

Fax :...../...../...../...../.....

E.mail :.....

Certifie avoir reçu et pris connaissance :

- De la Convention Constitutive du Réseau
- De la charte du Réseau, des droits et engagements s'y rattachant
- Du document d'information à destination des usagers

Et déclare en conséquence, adhérer au Réseau Cécilia et participer volontairement à son fonctionnement.

Fait à.....
(En double exemplaire)

Le.....
(signature)



Réseau de Coordination en Soins
Palliatifs

*Exemplaire
à conserver*

ACTE D'ADHESION AU RESEAU CECILIA SOINS PALLIATIFS DU SOISSONNAIS

Je soussigné (e).....

Exerçant à
(Adresse)

.....

Téléphone :...../...../...../...../..... Portable :...../...../...../...../.....

Fax :...../...../...../...../.....

E.mail :.....

Certifie avoir reçu et pris connaissance :

- De la Convention Constitutive du Réseau
- De la charte du Réseau, des droits et engagements s'y rattachant
- Du document d'information à destination des usagers

Et déclare en conséquence, adhérer au Réseau Cécilia et participer volontairement à son fonctionnement.

Fait à.....
(En double exemplaire)

Le.....
(signature)