



FORMULAIRE D'ADHESION

ASSOCIATION ASDES

« **A**ccès aux **S**oins, accès aux **D**roits et **E**ducation à la **S**anté »

Je soussigné(e) :

Représentant la collectivité ou l'établissement

Ou un professionnel,

Si exercice libéral, N° SIRET/N°ADELI/N° ORDRE DES MEDECINS:

.....

Si exercice « Structure ou Etablissement de Santé » lequel ou lesquels :

.....

Profession :

Adresse professionnelle :

Téléphone :

Fax : Mail :

Décide d'être membre de l'association ASDES « Accès aux Soins, accès aux Droits et Education à la Santé », association loi 1901

A _____ le ____/____/____

Signature

Cachet Professionnel

A retourner par courrier ou par mail à :

DAC 92 CENTRE - ASDES
14, avenue Charles de Gaulle – 92150 Suresnes
Tel. 01 81 80 38 30
contact@dac92centre.fr

--