

ADHESION D'UN PROFESSIONNEL DE SANTE (GRATUITE)

Document à remplir par le professionnel

Identification du professionnel de santé

Personne physique

Nom :

Prénom :

Profession :

N° identification :

Personne morale

Nom de l'organisme :

Adresse professionnelle (ou siège social pour une personne morale) :

.....

.....

Téléphone(s) :

E-mail :

Adhésion du professionnel de santé

Je soussigné(e) _____ déclare avoir pris connaissance de la convention constitutive et de la charte du Réseau Mucoviscidose Nord - Pas de Calais (disponibles sur le site web du réseau ou sur demande), et en accepter les termes.

En signant le présent document, je deviens adhérent du Réseau Mucoviscidose Nord - Pas de Calais. Cette adhésion est gratuite et volontaire.

Cachet du professionnel si disponible

	Date : Signature :
--	-----------------------

J'accepte que mes coordonnées postales et téléphoniques figurent dans l'annuaire santé accessible sur le site Internet www.muco5962.fr. Cette inscription à l'annuaire santé du réseau est gratuite et volontaire.

Je n'accepte pas que mes coordonnées postales et téléphoniques figurent dans l'annuaire santé accessible sur le site Internet www.muco5962.fr.

Je peux à tout moment demander le retrait ou la modification de ces informations.

Accusé de réception du réseau

Adhésion N° _____ enregistrée le _____

Adhésion non enregistrée - motif :

Signature du représentant du réseau :

Ces informations sont nécessaires à l'enregistrement de votre adhésion au réseau Mucoviscidose Nord - Pas de Calais qui dispose de moyens informatiques destinés à faciliter la gestion des dossiers des adhérents et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques à des fins d'évaluation du réseau. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage du réseau. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant, en vous adressant au Réseau Mucoviscidose Nord-Pas de Calais, CHRU de Lille, Hôpital Calmette, Bd du Pr Jules Leclercq, 59037 Lille cedex.