

BULLETIN D'ADHESION



Nom : **Prénom :**

N° ADELI..... **RPPS**

Adresse professionnelle :

.....

Téléphone : **Mail :**

- Accepte les soins d'hygiène OUI NON
- Accepte les prises en charge palliatives OUI NON
- Accepte les soins sur voie centrale OUI NON
- Accepte les soins de pédiatrie OUI NON

Formations particulières

- Plaies et cicatrisation Douleur
- Stomathérapie Diabétologie
- Soins palliatifs Gérontologie
- Autres : D.U :

Merci de compléter ce formulaire d'adhésion et de l'adresser par mail à : collectif.ide.domicile@gmail.com

Après validation de votre adhésion par le Bureau, vous réglerez votre cotisation par virement, soit la somme de 50 euros en joignant une feuille de soins barrée.

C.I.D

POLE MEDICAL ALPHA -21 rue d'Amsterdam - 77144 Montévrain

Vous recevrez par retour un reçu attestant de votre adhésion. Par votre adhésion vous vous engagez à respecter les statuts et le règlement intérieur de l'association.

Date :

Signature :

