



Autour Du Patient
PARIS EST

BULLETIN D'ADHESION

Nature de l'adhérent : ☐ Professionnel ☐ Usager

Nom :

Prénom :

Adresse professionnel :

Mail professionnel:

Téléphone professionnel :

Je déclare avoir pris connaissance des Statuts, du Règlement Intérieur ainsi que de la Charte Qualité. Je m'engage à m'y conformer tout au long de ma participation à l'Association Autour Du Patient et j'autorise l'Association à utiliser et conserver mes données personnelles.

Fait le

à