



# RESEAU DIAMIP

## Adhésion individuelle des médecins

Dr.....

*Généraliste*

*Endocrinologue diabétologue*

*Autre spécialité,*

*précisez :.....*

**Exercice préférentiel :**

*en établissement public*

*précisez lequel : .....*

*en établissement privé*

*précisez lequel : .....*

*en dehors d'un établissement :*

*N°d'identification :.....*

Coordonnées : .....

.....

Code Postal : ..... Ville :.....

Tél : / / / / Fax : / / / /

Adresse électronique :

confirme sa participation au réseau DIAMIP, sur la base des statuts et de la charte du réseau dont il a pris connaissance.

Fait à

Le