



Adhésion des établissements d'hospitalisation au réseau DIAMIP

Monsieur ou Madame
(nom, prénom)

Directeur de l'Établissement
(nom, adresse)

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

Le montant des cotisations matérialisant l'adhésion à DIAMIP **s'élève à 27 €uros** pour chaque établissement d'hospitalisation hors CHU (chèque libellé à l'ordre de "Association DIAMIP" à adresser au secrétariat du réseau).

Fait à

Signature

Le

