



RESEAU DIAMIP

Adhésion des membres associés hospitaliers

Adhésion individuelle

M., Mme

Profession :

Adhésion institutionnelle

Raison sociale :

Représenté par :

Fonction exercée :

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, en tant que membre associé.

Fait à

Le