



RESEAU DIAMIP

Adhésion des établissements d'hospitalisation

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 €** pour chaque établissement d'hospitalisation hors CHU (chèque libellé à l'ordre de "Association DIAMIP" à adresser au secrétariat du réseau).

Fait à

Le