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

Réseau DIAMIP – Service de Diabétologie – 1 avenue Jean-Poulhès TSA 50032 – 31059 TOULOUSE cedex 9
Tel : 05 61 32 33 65 – Fax : 05 61 32 27 89
Email : diamip.sec@chu-toulouse.fr
Site internet : www.diamip.org