

Association loi 1901 - Siret 50793839700084

135 avenue Pierre Sémard- MIN Bât. H2 2e étage – 84000 AVIGNON

**Tél. 04 84 512 512 -** contact@rsv84.fr

BULLETIN D’ADHESION

à l’association Ressources Santé Vaucluse

*Adhésion gratuite – à retourner à l’adresse de l’association par courrier, fax ou mail*

Je soussigné(e),

Nom : .........................................................................................................................................................................................

Prénom : ....................................................................................................................................................................................

Profession :...............................................................................................................................................................................

* **Représentant lui-même**
* **Dûment mandaté(e) pour représenter :**
	+ l’établissement de soins : .............................................................................................................................................
	+ l’établissement médico-social :.....................................................................................................................................
	+ la structure médico-psycho-sociale : ............................................................................................................................
	+ l’association :................................................................................................................................................................
	+ le groupement : ............................................................................................................................................................
	+ la collectivité territoriale : ..............................................................................................................................................
	+ l’organisme : .................................................................................................................................................................

Adresse professionnelle :........................................................................................................................................................

**...................................................................................................................................................................................................................................................................................**

CP/Ville : .................................................................................................................................................................................... Téléphone : …………………………………… Fax : ................................................................................................................... Adresse e-mail :........................................................................................................................................................................

 souhaite adhérer à l’association Ressources Santé Vaucluse.

Fait à **………………………………………………**le **….. / ….. / …..**

Signature