



Réseau Ville – Hôpital

Adhésion à la Charte et Participation au Réseau Santé Géroto 4 Engagement du Professionnel

Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Commune :

Tél : - - - - / Portable : - - - -

Fax : - - - - /

E-mail :@.....

Exerçant à titre **salarie** la profession de.....
et / ou

Exerçant à titre **liberal** la profession de.....
N° URSSAF :

Déclare avoir pris connaissance de la charte du Réseau Santé Géroto 4 et y adhérer.
Je déclare également avoir reçu un exemplaire de la Charte du réseau ainsi que des
statuts de l'association et de son règlement intérieur.

SIGNATURE du professionnel de santé :

Le/...../.....à

A tout moment le professionnel de santé signataire est libre de résilier son
engagement de participation aux activités du Réseau, sans préjudice pour le patient.