

ADHÉSION AU RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS EN RÉGION CENTRE VAL DE LOIRE

Je soussigné Nom : Qualité :,
reconnais comme textes fondamentaux du Réseau de Soins Palliatifs en Région
Centre Val de Loire la Charte, la Convention Constitutive et le Règlement Intérieur
des Instances, et demande :

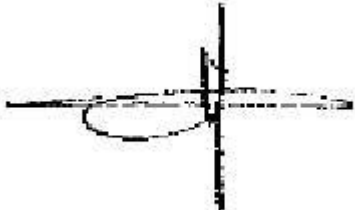
☐ Mon adhésion au Réseau

☐ L'adhésion de la structure que je représente au Réseau

Date :

Signatures :

Responsable du Réseau



Demandeur

