



BULLETIN D'ADHESION AU POLE DE SANTE DE BERGERAC

ANNEE 2017

NOM :

PRENOM :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

PROFESSION :

QUALIFICATIONS (reconnues par l'Ordre) :

Je, soussigné, déclare adhérer au Pôle de Santé de Bergerac après avoir pris connaissance de ses statuts, et en respecter les conditions d'admission définies par l'article 5 du titre II.

Je joins un chèque de 50,00 €, à l'ordre du Pôle de Santé de Bergerac, en règlement de la cotisation annuelle.

Je joins, par courriel, une photo numérique et autorise sa publication sur la partie publique du site Internet du Pôle de Santé.

Je complète les informations ci-dessous et j'autorise leur publication sur le site Internet du Pôle de Santé de Bergerac dans ses différentes parties :

	Partie publique du site	Partie privée du site
Adresse		
Complément d'adresse		
Code postal		
Ville		
Téléphone		
Télécopie		
Courriel		
URL site Internet		
Titre		
Diplôme		
Spécificités		

Fait à Bergerac, le :

Signature et tampon professionnel

A RETOURNER A TRESORIER POLE DE SANTE DE BERGERAC 3 RUE VALETTE 24100 BERGERAC