ADHÉSION AU RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS DE LA RÉGION CENTRE

Je soussigné *Nom* : **……** *Qualité :* **……,**

reconnais comme textes fondamentaux du Réseau, la Charte et la Convention Constitutive et demande :

- ☐ **mon adhésion au Réseau.**
- ☐ **l'adhésion de la structure que je représente au Réseau.**

<u>Date</u> :

<u>Signatures</u> :

Responsable du Réseau	**Demandeur**
Mr Tony-Marc CAMUS, Président	