

Bulletin d'Adhésion



Je, soussigné(e),

Représentant la structure :

Je souhaite être membre de l'association gestionnaire de la PTA

Dans le cadre de cette adhésion, je souhaite être affilié(e) en particulier au collège :

(1 seul choix possible par personne)

Collège 1 : Représentants des établissements de santé

Collège 2 : Représentants des établissements médico-sociaux,

Collège 3 : Représentants des professionnels de santé libéraux et des URPS

Collège 4 : Représentants des usagers et associations d'usagers

Collège 5 : Représentants des collectivités territoriales et des dispositifs d'appui à la coordination

Je confirme mes coordonnées complètes :

Adresse :

.....

.....

Tél :

Adresse Email :

Fait à le

Signature

Bulletin à retourner par courrier ou par mail aux coordonnées suivantes :

Association PTA du Valenciennais-Quercitain

Espace EMMAGE - Rue Henri DUNANT - CS 50479 - VALENCIENNES CEDEX

Tel : 03 27 14 05 28 - secretariatgeneral@filiere-geriatrique-du-valenciennois.fr