FICHE D'ADHÉSION
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Je soussigné(e) Madame, Monsieur[1], ----------

Directeur de l'établissement ----------

Adresse : ----------

Code postal ----------Ville ----------

Tél. : /__ __/__ __/__ __/__ __/__ __ / Fax : /__ __/__ __/__ ___/__ __/__ __/

Adresse électronique : ----------

Confirme sa participation au réseau RéDiabYlang 976, sur la base des statuts et de la charte du réseau dont il a pris connaissance.

Le montant des cotisations matérialisant l'adhésion à RéDiabYlang 976 s'élève à **200 euros** (deux-cents euros), chèque à libeller à l'ordre de RéDiabYlang 976 et à adresser au secrétariat du réseau.

Fait à Signature

Le

[1] Rayer la mention inutile

✉ **siège social :** résidence Anakao - appartement n° 5, rue de Cavani - 97 600 Mamoudzou
tél : 0269 61 04 00 - **fax** : 0269 61 04 02
courriel : administration@rediab-ylang.fr
site web : reseaux-sante-mayotte.fr/pages/rediab976.html