



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
ACCES PROFESSIONNELS DE SANTE SITE INTERNET**

Je souhaite m'inscrire pour pouvoir bénéficier de l'accès aux pages destinées aux professionnels de santé.

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

.....

Téléphone :

Fax :

Email :

Profession :

N° Adéli :

Choix de l'identifiant :

Choix du mot de passe :

Pour que votre inscription soit validée une cotisation de 5 euros minimum est demandée.

Un reçu de don vous sera remis. Les personnes qui s'acquitteront d'une cotisation égale ou supérieure à 15 € pourront bénéficier d'une réduction d'impôts.

Je verse ma cotisation d'un montant de euros à l'ordre de l'association RESPECTE.

Le (date) :

A retourner à l'adresse suivante :

Réseau RESPECTE
3 rue Barbier de Lescoat
29260 LESNEVEN