



**FICHE D'ADHÉSION**  
**A REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE**

Nom du réseau : **Réseaux Périnatalité en Région Haute-Normandie**

Numéro d'identification du réseau : 960230118

*Cachet du réseau*

*Le professionnel adresse la fiche d'adhésion à la coordination du réseau par courrier ou par fax 02.32.88.88.23, qui en adresse une copie à la caisse pivot.*

**Identification du professionnel de santé**

Nom : .....

Prénom : .....

Profession : .....

N° RPPS : .....

Lieu d'exercice : .....

Adresse professionnelle : .....

N° téléphone : .....

N° fax : .....

E-mail : .....

Déclare adhérer à la charte du réseau et en respecter les dispositions.

*Cachet du professionnel*

Date : ..... Signature :

**Accusé de réception du promoteur du réseau :**

Adhésion n° : 11-..... enregistrée le .....

Adhésion non enregistrée - motif : .....

*Cachet du réseau*