



Réseau LORSEP : Groupe Lorrain pour la prise en charge de la Sclérose en Plaques

BULLETIN D'ADHESION

(réservé aux professionnels de santé)

Monsieur

Madame

Mademoiselle

NOM :

Prénom :

Profession :

Activité : Libérale

Hospitalier

Salarié

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Fax :

Email :

Email sécurisé :

N° carte GIP CPS :

J'accepte d'adhérer à l'Association LORSEP et m'engage à respecter la Charte du Réseau Lorsep
(consultable sur le site : www.lorsep.org, onglet «infos professionnels »).

Je verse une cotisation de 10.00 Euros.

Date

Signature

Cachet

❖ Votre règlement par chèque est à retourner à :

LORSEP

1 Rue du Vivarais

54500 VANDOEUVRE LES NANCY