



**Association interprofessionnelle de Périnatalité
de Basse Normandie
(promotrice du Réseau de Périnatalité de Basse-Normandie)**

BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e), Madame, Mademoiselle, Monsieur (nom et prénom)

.....

Profession :

Lieu d'exercice : Cabinet Hôpital PMI Autre, précisez :

Adresse professionnelle :

.....

.....

Numéro de téléphone professionnel :

Numéro de portable :

A remplir impérativement :

- Adresse électronique@

- Je n'ai pas d'adresse électronique professionnelle :

Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association interprofessionnelle de Périnatalité de Basse Normandie (disponible sur le site Internet : www.perinatbn.org) et je m'engage à les respecter.

J'autorise le réseau à communiquer mes coordonnées aux autres membres de l'association :

N° tél professionnel

N° de Portable

Adresse électronique

Adresse professionnelle

A..... le

Signature :