

NOM et Prénom :

Profession :

Salarié(e)

Libéral(e)

Adresse :

.....

.....

Tél :

N° ADELI :

@ :

Le montant de la cotisation annuelle s'élève à 5 euros.

- Chèque est à établir à l'ordre du Réseau Codiab -

Je m'engage à renseigner le classeur de suivi de mes patients « Codiab ».

Fait à :

Le :

Signature :