

BULLETIN D'ADHESION Année 2017

NOM.....

PRENOM

PROFESSION

ADRESSE PROFESSIONNELLE

.....

.....

.....

TELEPHONE.....

EMAIL

Je désire adhérer à l'association COMPAS et
adresse, ci-joint, le règlement de ma cotisation.
(Paiement de 10 € par chèque à l'ordre de COMPAS
Facture oui non)

Le

Signature :



POURQUOI ADHERER ?

L'adhésion vous permet :

- D'être invité aux Assemblées Générales et d'être représenté au sein du Conseil d'Administration afin de pouvoir contribuer aux orientations du réseau
- D'être informé et de participer aux soirées débats organisées par COMPAS
- De recevoir l'écho réseau, bulletin trimestriel d'information et de réflexion du réseau
- D'accéder au centre de documentation et aux services proposés par son documentaliste

A adresser à :

COMPAS

Site Hospitalier Laënnec

Boulevard Jacques Monod

44093 Nantes Cedex 1

☎ 02 40 16 59 90

Email : compas@chu-nantes.fr