



## FICHE D'ADHESION

Je, soussigné(e)

Adresse professionnelle .....

.....

Téléphone : ..... Portable : .....

E-mail : ..... Fax : .....

Profession : ..... N° Adeli : .....

N° Siret : ..... Liberal  Non Libéral

Déclare avoir pris connaissance de la charte du Réseau WOUSPEL qui définit les rapports entre :

- Les professionnels de santé, les travailleurs sociaux membres de ce réseau
- Les institutions, les associations, les personnes physiques ou morales membres du réseau.

Et adhère au réseau dans les conditions précisées par ce document.

Mon adhésion au réseau ne me décharge en rien de mes responsabilités vis-à-vis des patients ni de mes obligations déontologiques. J'en informerai mes patients inclus dans le réseau et les médecins coordonnateurs du réseau.

Les usagers du réseau conservent la possibilité de choisir librement les médecins et professionnels de santé qu'ils sont amenés à consulter.

J'accepte mon inscription sur l'annuaire des professionnels de santé membre du réseau qui sera exclusivement réservé à l'usage interne du réseau.

Conformément à l'article 27 de la loi informatique et Liberté, je disposerai d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant auprès de l'équipe de coordination du réseau.

Fait à ....., le ...../...../.....

Cachet et signature

Document à retourner à l'adresse ci-dessous.

**Réseau WOUSPEL**

5, Avenue Louis Moreau GOTTSCHALK, Plateau Fofo, 97233 SCHOELCHER

Tél : 0596 73 02 49 / Fax : 0596 60 18 80 / E-mail : [secretariat@aspm-reseauwouspel.fr](mailto:secretariat@aspm-reseauwouspel.fr)