

Identification du patient et de l'assuré

Nom du bénéficiaire :

Prénom :

Date de naissance :

Organisme d'assurance maladie de rattachement :

Adresse : téléphone :

Nom de l'assuré * : *A remplir si différent du patient

Prénom :

Date de naissance :

Déclare avoir pris connaissance du document d'information sur le réseau et d'en accepter les termes.
En foi de quoi, je demande mon adhésion au réseau « AGE ET SANTE »

Date : / / 2010

Signature du bénéficiaire ou de son référent (Identification :))

Accusé de réception du promoteur du réseau

Adhésion n°2010-..... enregistrée le / / 2010

Cachet du réseau

Identification du professionnel de santé assurant la prise en charge du patient

Nom : adhérent au réseau Âge et santé

Prénom :

N° identification :

Lieu d'exercice :

Date : / / 2010

Cachet du professionnel

Signature

RESEAU AGE ET SANTE

1 boulevard d'Argonne – BP 40223 – 55005 BAR LE DUC Cedex