

FICHE ADHESION DIETETICIENNE

(Merci de compléter cette fiche de renseignements et de la retourner à l'adresse ci-dessous :
Réseau LINUT – Résidence L'Art du Temps – 16 rue du Cluzeau – 87170 ISLE)

Nom :

Prénom :

Activité Professionnelle :

Adresse

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Fax :

Mail :

N° ADELI :

Souhaite

- participer à LINUT, réseau ville-hôpital spécialisé dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées, vivant en institution ou à domicile.
- bénéficier des formations gratuites organisées par le réseau ;
- avoir accès à l'information nutritionnelle et diététique.

Ayant pris connaissance des statuts, de la charte de qualité, de la convention constitutive et du règlement intérieur de l'association LINUT, je souhaite adhérer au réseau LINUT et m'engage à respecter sa charte de qualité.

Fait à :

Le :

Signature :

Cachet