

Groupe Pied diabétique

BULLETIN D'ADHESION

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : Prénom :

Profession : Médecin – Spécialité
 Chirurgien – Spécialité
 Infirmière
 Pédiacre podologue
 Diététicienne
 Autres professionnel de santé Précisez :

Activité : Hospitalière
 Libérale
 Mixte

Membre de SFD
 SFD Paramédical

Adresse professionnelle :
.....

Code postal : Ville : Pays :

Adresse électronique : @.....

Téléphone : Fax :

Adresse courrier Professionnelle Personnelle
.....
.....

Code Postal : Ville :

Motivation pour faire partie du groupe
.....
.....
.....
.....

Fait à , le

(Signature ou tampon)