



# BULLETIN D'ADHESION A L'ASSOCIATION

Je soussigné : .....

Demeurant, .....

.....

.....

.....

.....

demande à adhérer à l'association « Réseau Santé HANDI -ACCES »  
dont le siège social se trouve à La Maison Dentaire, 25/29 rue de  
Saurupt à Nancy (54000)

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts.

A ....., le .....

Signature :

Note d'information :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association.  
En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations qui vous concernent, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association.

Coordonnées personnelles\* :

Tél. ....

Adresse mail : .....

(\* Obligatoire)

