



Adhésion au réseau ILHUP

(A retourner aux coordonnées indiquées en bas de page)

Réseau des Intervenants Libéraux et Hospitaliers Unis pour le Patient

Nom :		Nom de Jeune Fille :	
Prénom		N° d'Identification ou N° FINESS :	
Adresse :			
Code Postal :		Ville :	
Tel :		Portable :	
Email :			
Année de votre DE :		Attestation Chimio. <input type="checkbox"/> : Oui (Merci de joindre la copie) <input type="checkbox"/> : Non	
Secteurs d'Activités : Cocher les cases correspondantes dans la liste proposée jointe au présent bulletin.			
Formation(s) reçue(s) : Cocher les cases correspondantes dans la liste proposée au verso du présent bulletin.			
Formations souhaitées :	<input type="checkbox"/> : DU	<input type="checkbox"/> : CEU	<input type="checkbox"/> : ISIS (préciser la ville)
Notes : Les formations peuvent être prises en charge par le FIF-PL (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux). Le FIF-PL prend en charge 9 jours de formation annuelle à hauteur de 900 €. Vous avez également droit à un crédit d'impôt de 345,20 € (nombre d'heures de formation plafonné à 40h x smic horaire de 8,71 €). Toutes les modalités d'inscription vous seront transmises par le secrétariat du Réseau lors de votre adhésion.			

- : Atteste avoir pris connaissance et signé la **convention constitutive** du réseau ILHUP.
- : Atteste avoir pris connaissance de la **charte** du réseau ILHUP et en respecter les dispositions.
- : Atteste sur l'honneur de la véracité des données inscrites sur le présent bulletin.
- : Atteste avoir pris connaissance que mes coordonnées pourront être transmises aux services de toutes structures partenaires du réseau ILHUP, ainsi qu'aux patients demandeurs et/ou ayant une nécessité de soins.
- : Atteste avoir joint un **chèque d'un montant de 20 € à l'ordre de l'Association ILHUP, structure réceptrice des fonds** (a réception, un accusé vous sera remis par la cellule de coordination).

Fait le : ____ / ____ / ____

Signature :

Cadre réservé à la coordination du réseau ILHUP

Renouvellement d'adhésion enregistrée le : ____ / ____ / ____

Numéro de reçu : _____