

**Adhésion année 2025**

**Association du Dispositif d’Appui à la Coordination de la Lozère**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Si personne morale**  Nom de la structure \* :  Nom de l’adhérent au DAC représentant la structure \* :  Fonction :  Mail de contact de l’adhérent \* :  Tél. de contact de l’adhérent \*:    Collège d’appartenance \*:  1  2  3  4  5  6  Adresse : |  | **Si personne physique**  Nom / Prénom du professionnel \*:  Adresse :  Mail \*:  Tél. \*:  Collège d’appartenance \*:  1  2  3  4  5  6 |

**Je souhaite rejoindre l’association Dispositif d’Appui à la Coordination de la Lozère et participer aux AG**

Adhésion : 20€/an  Chèque  Virement bancaire effectué le .…/…./….

Gratuit pour les membres de droit (Conseil Départemental de la Lozère, CPTS, représentants d’usagers du système de santé)

Une image contenant texte, capture d’écran, Police, nombre

Description générée automatiquementDate : Signature :

Collège d’appartenance :

1 : Professionnels de santé

2 : Modes d’exercices coordonnés

3 : Etablissements de santé

4 : Etablissements sociaux et médicaux-sociaux

5 : Représentants des usagers

6 : Représentants de l'état, des collectivités territoriales et des OSS

*\* Mentions obligatoires*