

**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)

Date : 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*