

l'adhésion est nominative

(merci de remplir un formulaire par infirmier(e)s)

Nom : **Prénom :**

Adresse du cabinet :

.....
.....
.....

Téléphone :

Adresse mail :@.....

☐ J'atteste sur l'honneur avoir une adresse professionnelle sur Cannes ou Le Cannet

☐ J'adhère au CiL pour un montant annuel de 50 € ET je m'engage à prendre le téléphone du CiL pendant une semaine durant l'année.

☐ J'adhère au CiL pour un montant annuel de 100 € et je ne veux pas prendre le téléphone du CiL.

Date : ... / ... /

"Lu et approuvé " :

Signature :