

## **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 €

☐ J'adhère à la CPTS Cannes Pays de Lérins pour un montant de 10 €

Date : ... / ... / .....

"Lu et approuvé " :

Signature :