



Coordination
des Infirmiers
Libéraux

Fiche de renseignements pour les nouveaux adhérents

Nom : Prénom :

Année d'installation : / /

Adresse du cabinet :

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

Téléphone :

Adresse mail :@.....

Secteur d'intervention privilégié :

.....

Amplitude horaire d'intervention :

.....

Formations en soins spécialisés ou compétences particulières :

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

Souhaits ou remarques :

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

**A REMETTRE DANS LA BOITE AUX
LETTRES DU CIL, AVEC VOTRE
CHÈQUE D'ADHÉSION**