



Formulaire d'adhésion Membre associé - indépendant

**AFIN DE TRAITER VOTRE DEMANDE D'ADHESION,
NOUS VOUS REMERCIONS DE DUMENT REMPLIR CE FORMULAIRE ET D'Y ASSOCIER LES PIECES DEMANDEES**

Nom et Prénom :

Mission, prestations/activités :
.....
.....

Type d'indépendant-e : Infirmier-ère indépendant-e Autre :

Périmètre d'intervention :
(Communes dans lesquelles vous intervenez principalement)

N° droit de pratique et date d'inscription :

Demande d'adhésion faite auprès d'un autre réseau de soins :

oui, lequel : RSRL RSHL RSNB
 non

Membre ASI-VAUD : oui non

Adresse :

Téléphone professionnel : **E-mail :**

Site internet :

Je prends acte que le montant des cotisations sera de Fr. 50.- selon le règlement relatif aux cotisations et contributions en vigueur de la présente demande.

La cotisation sera perçue par le Réseau de Santé sur lequel se trouve votre lieu de domicile. Si votre adresse se trouve sur les districts de Morges et Nyon, le montant de Fr. 50.- sera facturé par le Réseau Santé la Côte.

J'atteste avoir pris connaissance des Statuts du Réseau Santé la Côte et vous confirme ma demande d'adhésion en qualité de membre associé.

Lieu et date :

Signature et tampon :



Formulaire d'adhésion Membre associé - indépendant

ANNEXES A RETOURNER AVEC LE FORMULAIRE D'INFORMATIONS

Pièces	Obligatoire	Obligatoire si concerné	Facultative	Commentaire
Formulaire d'adhésion signé	X			
Copie de l'autorisation de pratiquer	X			
Documents présentant votre mission, vos activités/prestations		X		

ANNEXES REMISES AU DEMANDEUR ET FAISANT PARTIE INTEGRANTE DES CONDITIONS D'ADHESION A NE PAS RETOURNER

Documents
1. Statuts du Réseau Santé la Côte (RSLC)
2. Charte RSLC
3. Règlement d'application « Cotisations et contributions » de l'année en cours

Le dossier complet est à retourner par courrier ou courriel

Réseau Santé la Côte
Secrétariat
Chemin du Glapin 4
1162 St-Prex
secretariat@rslc.ch

Tél. 021 822 43 20
www.reseau-sante-lacote.ch