

**DOCUMENT D'ADHESION
PROFESSIONNEL DE SANTE**

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

.....
.....

Téléphone professionnel : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Fax : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Mail :

Profession :

Certifie adhérer au Réseau Santé Sud Alsace. Ce réseau a pour mission d'améliorer la qualité des soins des personnes atteintes de diabète, d'obésité ou présentant un risque cardio-vasculaire élevé ; grâce à un bouquet de services adaptés et pluridisciplinaires, en complément de la prise en charge médicale.

**Cachet du professionnel de
santé**

Signature