

# BULLETIN D'ADHESION ESSORT 2017

---

Nom : ..... Prénom : .....

Equipe/nom de l'association : .....

Adresse : .....

.....

.....

.....

Téléphone : .....

Mail personnel : .....

Mail de l'équipe : .....

- J'exerce en équipe de soins primaire
- Je porte un projet d'exercice coordonné et/ou d'organisation territoriale
- Je m'intéresse à l'exercice coordonné en tant que professionnel de santé libéral

## Je souhaite adhérer

- Equipe de soins primaires constituée au plus de 15 professionnels de santé : 150 euros
- Equipe de soins primaires constituée de 15 à 30 professionnels de santé : 200 euros
- Equipe de soins primaires constituée de plus de 30 professionnels de santé : 250 euros
- Porteurs de projets d'exercice coordonné et/ou d'organisation territoriale impliquant les professionnels de santé libéraux du territoire et/ou des équipes de soins primaires : 250 euros.
- Professionnel de santé libéral adhérent en mon nom propre : 30 euros

Nous vous adresserons le justificatif d'adhésion sous 15 jours