

DEMANDE D'ADHÉSION AU GCS SIMPA

ETABLISSEMENT

Je soussigné(e) Madame, Monsieur :
représentant l'établissement :
en qualité de :

souhaite adhérer au Groupement de Coopération Sanitaire Système d'Informations Médicales Partagées en
Auvergne (GCS SIMPA)

Coordonnées de votre établissement

Adresse postale :
.....
Mail : Tél :

Date :

Signature