

**REMALDO**  
**(REseau MAyennais de Lutte contre la DOuleur)**

**Association loi 1901**

*N°1079 J.O. du 27 mars 2004 (n°13 – 136)*

*www.remaldo.org*

<b>BULLETIN D'ADHESION 2024</b>
---------------------------------

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction :     Médecin     Pharmacie     Interne     Kiné / Ergo  
                  Cadre IDE     IDE     IADE     Aide-Soignante  
                  Assistante sociale     AMP     ASH  
 Autre : .....

Statut :         Hospitalier         Clinique         Libéral  
                  Autre : .....

Adresse professionnelle : .....  
.....

Tel. Prof. : .....

e-mail : ..... @ .....

**- Souhaite devenir MEMBRE de l'association REMALDO :**

1<sup>ère</sup> adhésion

Renouvellement adhésion

**- Souhaite faire acte de candidature pour le Conseil d'Administration :**

OUI         NON

Signature

***A renvoyer accompagné de votre règlement  
(10,00 € – Ordre Chèque : REMALDO)***

***à :***

***REMALDO***

***Pharmacie du Centre Hospitalier de Laval  
33 rue du Haut Rocher  
53015 LAVAL cedex***