

BULLETIN DE PARTICIPATION
A L'ACTION DE DEPISTAGE DU DIABETE, DES MALADIES RENALES
ET DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE EN 2020

JE SOUSSIGNE(E) :

TITRE : MME MELLE M.

NOM:..... PRENOM :

EXERCANT :

RAISON SOCIALE :

NUMERO SIRET :

ADRESSE :

CODE POSTAL : LOCALITE :

TELEPHONE : FAX :

MAIL :

souhaite participer au dépistage du diabète, des anomalies urinaires et de l'hypertension artérielle organisé par l'ALURAD et ETAP Diablim.

atteste avoir lu les conditions de mise en œuvre du dépistage du diabète, des anomalies urinaires et de l'hypertension artérielle qui se déroule du 01 au 31 octobre 2020.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CONTACT :

TITRE : MME MELLE M.

NOM:..... PRENOM :

TELEPHONE : PORTABLE :

MAIL :

Date :

Signature :

**MERCI DE JOINDRE
UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE
AFIN DE BÉNÉFICIER DU DÉFRAIEMENT**

A renvoyer avant le **20 septembre 2020** à l'adresse suivante :



ALURAD
Service prévention
Gain
87170 ISLE

alurad

Ou par fax au 05 55 01 88 27

Ou par mail : nephrolim@alurad.asso.fr