

BULLETIN DE PARTICIPATION

Je souhaite participer au dépistage des maladies rénales chroniques. Je vais recevoir les outils nécessaires à sa réalisation :

- 1 affiche « Mes reins sont-ils en bonne santé ? »
- 1 affiche « Les facteurs de risque des maladies rénales chroniques »
- 50 dépliants d'information sur la maladie rénale chronique
- 50 ordonnances de dépistage de l'insuffisance rénale chronique

Je ne souhaite pas participer au dépistage des MRC.

Motif :

.....

.....

Je souhaite recevoir des outils pour sensibiliser les salariés aux maladies rénales chroniques.

Outils de communication	Nombre d'exemplaire souhaité
Affiche « Mes reins sont-ils en bonne santé? »	
Affiche « Les facteurs de risque des maladies rénales chroniques »	
Dépliant d'information sur la maladie rénale chronique	

JE M'IDENTIFIE

NOM : PRENOM :

SOCIETE :

ADRESSE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : LOCALITE :

MAIL :

TEL FIXE : PORTABLE :

Merci de renvoyer ce bulletin à :
ALURAD—Service prévention—Gain—87170 ISLE
Fax : 05 55 71 23 84
Mail : nephrolim@alurad.asso.fr