



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION AU RESEAU REGIONAL DE CANCEROLOGIE ONCOPACA-Corse

Association Loi 1901

Collège des Professionnels de santé libéraux

Document à retourner à l'adresse suivante :
Réseau Régional de Cancérologie ONCOPACA-Corse
Hôpitaux sud - 270, bd Sainte Marguerite 13009 Marseille

CELLULE DE COORDINATION
Secrétariat ☎04 91 74 49 56 ou 58
e-mail : secretariat@oncopaca.org

Nom exact de l'Association de professionnels :
Statut juridique :
Adresse complète :
Site web éventuel :
Responsable :
Téléphone : **Email :**

L'Association..... (et à ce titre l'ensemble de ses membres), souhaite adhérer à l'Association loi 1901 régissant le Réseau Régional de Cancérologie ONCOPACA-Corse et sollicite pour ce faire l'agrément en qualité de membre actif par le Conseil d'Administration en application des dispositions de l'article 5 des Statuts, dans le **Collège des Professionnels de santé libéraux**.

L'adhésion au réseau ONCOPACA-Corse nous engage :

- A respecter les Statuts et le Règlement intérieur du réseau régional, (consultation sur le site internet oncopaca.org).
- A ne pas utiliser notre participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion personnelle ou de publicité.
- A garantir le respect des droits des malades, leur droit à l'information, leurs droits en terme de protection des données individuelles.
- A un strict respect des règles déontologiques médicales et à une démarche qualité et d'évaluation active et transparente.

L'Association ci-dessus et l'ensemble des membres et du personnel qui s'y rattachent reconnaissent et acceptent que les informations les concernant soient informatisées dans le but de gérer l'annuaire des associations du réseau ONCOPACA-Corse publié sur le site oncopaca.org. Conformément à l'article 36 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, l'association peut exercer son droit d'accès et de modification des informations la concernant.

Afin de faciliter les échanges entre le réseau et notre établissement, **veuillez trouver ci-joint les contacts et coordonnées des médecins et professionnels de santé de notre association**, impliqués dans la prise en charge des patients atteints de cancer.

Veuillez trouver ci-joint un chèque de **cent euros (100,00 €)** afin de valider notre demande d'adhésion au réseau. Cette cotisation initiale sera suivie d'une cotisation annuelle du même montant.

Le Responsable :
Signature et cachet :
Date :