Demande d'adhésion

FILIERE GERIATRIQUE DU TERRITOIRE DE SANTE

VILLEFRANCHE – TARARE – TREVOUX

Nom de l'établissement : .....
Forme juridique: .....
Association gestionnaire : .....

Activité & nombre de lits autorisés :

☐ Logement-Foyer :
☐ EHPAD :
☐ USLD :
☐ SSR :
☐ CSG :
☐ Accueil de jour :
☐ Unité Protégée (CANTOU, UHR…) :
☐ Hébergement Temporaire :
☐ HAD :
☐ SSIAD :
☐ Autre (préciser) :

Nombre de personnel d'encadrement :

☐ Médecin :
☐ Cadre de santé :
☐ IDE :
☐ ASD :
☐ ASH :
☐ Autre (préciser) :

Directeur :
Nom : ..... **Prénom** : .....
Adresse : .....
Ville :..... **Code postal** : .....
Téléphone : ..... **E-mail** : .....

« Je soussigné(e) ..... atteste :

☐ avoir pris connaissance de la Charte de Filière Gériatrique et m'engager à adhérer aux dispositions de la présente charte et de ses annexes, ainsi qu'à toutes les décisions déjà prises par le Comité de Pilotage et de coordination de la filière.

☐ manifester ma volonté de mettre en place, de développer et de participer à la mise à jour des outils nécessaires à la circulation de l'information. »

☐ Je souhaite devenir membre du Comité de Pilotage (COPIL) Filière Gériatrique du territoire de santé Villefranche-Tarare-Trévoux.

Nom & Prénom	Profession	Signature	Date

Pour intégrer le réseau, me faire connaître et pour mieux travailler ensemble, je renvoie :

- la fiche complétée

À l'adresse suivante :
L'hôpital Nord-Ouest / Villefranche sur Saône
Hôpital gériatrique du Val d'Azergues,
Secrétariat de Direction
5 Montée du Cardinal Fesch
69380 ALIX