



RESEAU ONCOBERRY



FICHE D'ADHESION DES PATIENTS

Fiche d'adhésion à retourner au :

Réseau OncoBerry

(Espace Cosset)

216 avenue de Verdun

36000 Châteauroux

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

Adresse :
.....
.....

Téléphone :

Déclare avoir pris connaissance du document d'information du patient et souhaite adhérer au réseau ONCOBERRY et respecter les principes le régissant.

Nom et coordonnées du médecin oncologue :
.....

Nom et coordonnées du médecin traitant :
.....

Fait à :

Le :

Signature :