



AUTORISATION DE DIFFUSION DE COORDONNEES PROFESSIONNELLES Annuaire et site internet REPEMA

Je soussigné (e) :
Représentant la structure :

- Donne autorisation
 Ne donne pas autorisation

Au Réseau Périnatal de Mayotte, à diffuser les informations renseignées dans l'encadré ci-dessous sur le site internet des réseaux de santé et sur l'annuaire médico-social.

Veuillez compléter les champs suivants

Nom :

Prénom :

Profession :

Nom de la structure :

Adresse complète :

.....

.....

Prestations :

.....

.....

Public visé :

Horaires d'ouverture :

Numéro de téléphone :

Email :

J'informe le réseau périnatal de Mayotte de toute modification d'informations via le site internet des réseaux de santé : www.reseaux-sante-mayotte.fr ou par mail contact@repema.org

Fait à, le/...../20.....

Signature :