

**DEMANDE D'ADHESION**

Je soussigné,  
(nom, prénom, qualité du signataire)

Après avoir pris connaissance des Statuts, du règlement intérieur de fonctionnement et des conditions de partenariat de tiers payant avec les sociétés de prévoyance,

**déclare adhérer** au « CENTRE MEDICAL DES ENTREPRISES TRAVAILLANT A L'EXTERIEUR »,

pour le compte de (1)

Cette adhésion prendra effet à partir du :

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

*(1) Indiquer ici la raison sociale de l'Entreprise au nom de laquelle l'adhésion est faite.*

**CMETE Paris**

10, rue du Colonel Driant - 75001 PARIS

RDV : +33 1.53.45.86.60

Facturation : +33 1.53.45.86.76

Fax Facturation : +33 1.53.45.86.77

Email : christine.hospitael@cmete.com

[www.cmete.com](http://www.cmete.com)