

## AUTORISATION CONCERNANT LA DIFFUSION D'INFORMATION

*Dans le cadre d'un annuaire sur le site internet de la Ville de Montluel*

Je soussigné(e) : NOM ..... PRENOM.....

exerçant la profession de .....

autorise la Ville de Montluel à divulguer mes coordonnées, comme renseigné ci-dessous, au travers de l'annuaire des professionnels de santé sur :

- Le site internet de la ville (but non lucratif)  oui  non

• La Ville de Montluel s'engage à mettre à jour toute coordonnée incorrecte portée à sa connaissance par le professionnel concerné.

• L'autorisation est valable du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2016 inclus.

### **COORDONNEES :**

*Merci de bien vouloir renseigner les champs que vous souhaitez communiquer via l'annuaire.*

• **Nom/Prénom ou Nom du Cabinet :**

• **Profession :**

• **Adresse :**

• **Numéro téléphone :**

• **Mail :**

• **Renseignements supplémentaires (Types horaires d'ouverture ou descriptif des soins proposés...) :**

Fait pour valoir ce que de droit

A ..... Le ..... Signature