

**Bulletin d’abonnement à la bibliothèque numérique**

Nom de l’établissement : ………………………………………………………………………………………………………………………………........

Nature de l’établissement :

* Établissement et services sociaux et médico-sociaux
* Centre de formations-Université
* Adhérent AIRe

Adresse complète :

………………………………………………………………………………………………………………………………........

………………………………………………………………………………………………………………………………........

Téléphone :

………………………………………………………………………………………………………………………………........

E-mail :

………………………………………………………………………………………………………………………………........

Nom du contact au sein de l’établissement :

………………………………………………………………………………………………………………………………........

Fonction du contact au sein de l’établissement :

………………………………………………………………………………………………………………………………........

E-mail du contact au sein de l’établissement :

………………………………………………………………………………………………………………………………........

Adresse(s) IP :

………………………………………………………………………………………………………………………………........

Date et signature :

………………………………………………………………………………………………………………………………........

