**Demande d’adhésion** *Version 2.1*

**au Réseau Santé Psychique Suisse**

**Organisation/Institution**:

**Unité**, *si seule une partie de l’organisation devient membre*:

Adresse internet: www.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Veuillez décrire votre organisation/unité en utilisant les catégories suivantes (plusieurs possibles):*

🔾 Formation 🔾 Recherche 🔾 Alliance contre la dépression 🔾 Promotion de la santé/Prév. 🔾 Couverture 🔾 Médecin cantonal 🔾 Autre administration cantonale 🔾 Association professionnelle 🔾 Association spécialisée 🔾 Organisation à but lucratif 🔾 à but non-lucratif

**Premier interlocuteur**: 🔾 Madame 🔾 Monsieur

Titre: 🔾 Prof. 🔾 Dr méd. 🔾 Dr phil. 🔾 lic. phil. 🔾 lic. \_\_\_\_\_\_ 🔾 MSc \_\_\_\_\_\_ 🔾 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom: Prénom:

Fonction:

Adresse:

E-mail:

Langue de correspondance souhaitée: 🔾 allemand 🔾 français

**Deuxième interlocuteur**: 🔾 Madame 🔾 Monsieur

Titre: 🔾 Prof. 🔾 Dr méd. 🔾 Dr phil. 🔾 lic. phil. 🔾 lic. \_\_\_\_\_\_ 🔾 MSc \_\_\_\_\_\_ 🔾 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom: Prénom:

Fonction:

Adresse:

E-mail:

Langue de correspondance souhaitée: 🔾 allemand 🔾 français

Notre organisation se déclare d’accord avec le *Document de base* du Réseau Santé Psychique Suisse et satisfera à ses obligations.

Lieu et date:

Nom, signature (direction de l’organisation, resp. de l’unité):