

FORMULAIRE D'AUTORISATION

Je, soussigné(e) ----- ,

agissant en qualité de ----- du centre -----

autorise le réseau REVHO à publier les coordonnées et informations suivantes concernant le centre -----
----- sur le site www.IVGlesadresses.org

Le Centre ----- a signé une convention pour pratiquer des IVG

avec l'établissement de santé -----

le -----

Fait à -----

Le -----

Signature :

Nom du centre	
Adresse	
Code postal- Ville	
Téléphone – Standard	
Téléphone et/ou mail secrétariat/ prise de rendez-vous	
Jours et horaires du secrétariat	
Jours et horaires des consultations pour IVG médicamenteuse	
Transports bus RER Métro	

A renvoyer par courrier, mail ou fax à
REVHO - 89 rue d'Assas - 75 006 PARIS
admin.coordonateur@revho.fr / Fax : 01 58 41 34 94