



# DEMANDE DE PASSEPORT MOST PATIENT

Je soussigné(e),

Nom : .....

Prénom : .....

Demeurant : .....

.....  
Me soignant avec la (les) médecine(s) alternatives(s) suivante(s) : .....

(Eventuellement : membre de l'Association : .....

.....  
Demande mon passeport MOST pour la reconnaissance de la place des spécificités thérapeutiques dans le système de santé français.

Avec ce visa je pourrai prendre part aux actions en cours et être informé(e) à chaque étape, des acquis sur mon adresse e mail :

..... @ .....

A .....

Le .....

Signature :

*Merci de renvoyer votre demande à l'adresse suivante :*

**PÔLE MOST**

2, avenue Thiers  
06130 GRASSE

*Médecins à Orientation Spécifique Thérapeutique*