

BULLETIN D'ADHÉSION

Bureau
FORMATICSanté

Présidente :
Lydie CANIPEL

Vice-présidente :
Géraldine GOULINET

Secrétaire Général :
Franck PILORGET

Secrétaire générale
adjointe :
Elisabeth GUERZOU

Trésorière :
Françoise AGOSSOU

Trésorier Adjoint :
David DRAUSSIN

Représentante des
usagers :
Delphine
BLANCHARD

Je souhaite :

- Adhérer** ou
 Renouveler mon adhésion à l'Association **FORMATICSanté** pour l'année 20....

Tarif : (Merci de cocher)

- | | |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> Médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, ingénieur, sage-femme | 40€ |
| <input type="checkbox"/> Autres professions : avocat, sociologue, éthicien, philosophe, économiste de la santé | 40€ |
| <input type="checkbox"/> Autres professionnels de santé : infirmière, cadre, kiné | 30€ |
| <input type="checkbox"/> Étudiants, retraités | 15€ |
| <input type="checkbox"/> Établissement et institution | 90€ |
| <input type="checkbox"/> Industriel | 150€ |
| <input type="checkbox"/> 10 salariés | 150€ |
| <input type="checkbox"/> 10 à 49 salariés | 250€ |
| <input type="checkbox"/> 50 à 99 salariés | 350€ |
| <input type="checkbox"/> >100 salariés | 500€ |

Établissement, institut, organisme, société... :

Mr Mme
NomPrénom

Fonction
Adresse
Code postal..... Ville
Téléphone fixe et portable
Adresse E-Mail@.....
Site Web.....

Je règle le montant de la cotisation selon la catégorie d'adhérent à laquelle j'appartiens, par CB, par virement, par chèque bancaire ou postal à l'ordre de FORMATICSANTE pour l'année.....

J'accepte en tant que membre de l'Association, que mes coordonnées soient diffusées dans l'annuaire réservé aux adhérents : oui non

Fait à le/...../ 20.....
Signature :

Merci de compléter et de nous remettre ou renvoyer cette fiche par courrier ou par mail à contact@formaticsante.fr accompagnée du règlement.