

## BULLETIN D'ADHESION

### 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, avocat, juriste....		<b>40€</b>
<input type="checkbox"/> Autres professionnels de santé : infirmière, cadre, kiné, orthophonistes, ergothérapeute .....		<b>30€</b>
<input type="checkbox"/> Etudiants, retraités, sympathisants		<b>15€</b>
<input type="checkbox"/> Etablissement ou institution de santé ou de formation		<b>90€</b>
<input type="checkbox"/> Industriel	<input type="checkbox"/> <10 salariés	<b>150€</b>
	<input type="checkbox"/> 10 à 49 salariés	<b>250€</b>
	<input type="checkbox"/> 50 à 99 salariés	<b>350€</b>
	<input type="checkbox"/> >100 salariés	<b>500€</b>

Nom Etablissement, Institut, Association, Organisme, Société... : .....  
représenté/e par

M<sup>r</sup>       M<sup>me</sup>

Nom .....Prénom .....

Fonction .....

Adresse .....

Code postal.....Ville .....

Téléphone.....Portable .....

Adresse E-Mail ..... SiteWeb.....

**Je règle** le montant de la cotisation selon la catégorie d'adhérent à laquelle j'appartiens, par CB sur le site <https://www.weezevent.com/adhesions-association-formaticsante-2020>

Ou par virement (voir RIB en PJ) ou par chèque bancaire ou postal à l'ordre de FORMATICSANTE

**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**

**Signature**

Merci de compléter et de nous remettre ou renvoyer cette fiche par courrier ou par mail à [association@formaticsante.fr](mailto:association@formaticsante.fr)