

Je souhaite **adhérer** ou **renouveler** mon adhésion à l'Association **FORMATICSanté** pour l'année 20..

Tarif : (Merci de cocher)

- Etablissement ou institution de santé ou de formation ou Société **100€**
- Association professionnelle ou association d'usagers **45€**
- Professionnel de santé : médecin, infirmier, pharmacien, cadre, directeur, kiné, orthophoniste, ergothérapeute **30€**
- Etudiant, retraité, sympathisant **15€**

- Inscription individuelle
- ou Nom Etablissement, Institut, Association, Organisme, Société... :

.....
représenté/e par

M^r M^{me}

NomPrénom

Fonction


Adresse

Code postal.....Ville

TéléphonePortable

Adresse E-Mail Site Web.....

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-2021>

 RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE			
Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte.			
CA LANGUEDOC NIMES OLIVIER S Tel. 0466840006 Fax. 0466846248	18/01/2018 30043		
Intitulé du Compte :ASSOC FORMA TIC SANTE			
BAT L ALTIS 165 RUE PHILIPPE MAUPAS 30000 NIMES			
DOMICILIATION			
Code établissement 13506	Code guichet 10000	Numéro de compte 90944119001	Clé RIB 13
IBAN (International Bank Account Number)			
FR76	1350	6100	0090 9441 1900 113
Code BIC (Bank Identification Code) - Code swift AGRIFRPP635			

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