



BULLETIN D'ADHESION

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

Tarif : (Merci de cocher)

- Professionnel de santé : médecin, infirmier, pharmacien, cadre, directeur, kiné, orthophoniste, ergothérapeute 30 €
- Association professionnelle ou association d'usagers 45 €
- Etablissement ou institution de santé ou de formation 100 €
- Editeurs, prestataires e-santé 150 €
- Retraité, étudiant, sympathisant 15 €
- Invité (selon pays d'origine), nous contacter

- 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://my.weezevent.com/adhesions-association-2023> Ou par virement (voir RIB en PJ) à la CAISSE D'ÉPARGNE IBAN FR76 1348 5008 0008 9100 8009 207

ou par chèque bancaire ou postal à l'ordre de FORMATICSANTE

CAISSE D'ÉPARGNE LANGUEDOC ROUSSILLON

Relevé d'identité bancaire / IBAN

----- Cadre réservé au destinataire du relevé -----

----- Identification du compte pour une utilisation nationale -----

13485	00800	08910080092	07
Code Banque	Code guichet	Numéro de compte	C/c RIB

----- Domiciliation ----- BIC

CE LR	(00800)	CEPAFRPP348
-------	---------	-------------

----- Identification du compte pour une utilisation internationale (IBAN) -----

FR76	1348	5008	0008	9100	8009	207
------	------	------	------	------	------	-----

J'accepte en tant que membre de l'Association, que mes coordonnées soient diffusées dans l'espace d'échanges 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