



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://urlz.fr/oYI4> 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**



Relevé d'identité Caisse d'Épargne

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virement, paiement de quittance, etc.).
Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.

13485	00800	08910080092	07	CE LANGUEDOC ROUSSILLON
<small>clétab</small>	<small>clguichet</small>	<small>n/compte</small>	<small>clrice</small>	<small>domiciliation</small>

IBAN

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

BIC

C	E	P	A	F	R	P	P	3	4	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Intitulé du compte ASSOCIATION FORMA TIC SANTE
ASSOCIATION FORMA TIC SANTE
MAISON DES ASSOCIATIONS
2 IMPASSE JEAN MACE
30900 NIMES

NIMES MAS VERDIER
1750 BD SALVADOR ALLENDE
30000 NIMES
TEL : 04.30.67.51.50

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