

# Pôle Santé des Bastides

## Bulletin d'adhésion à l'association Pôle Santé des Bastides

Je, soussigné(e), **NOM** : \_\_\_\_\_

**PRENOM** : \_\_\_\_\_

**Adresse** : \_\_\_\_\_

**Code postal** : \_\_\_\_\_ **Ville** : \_\_\_\_\_

**Téléphone** : \_\_\_\_\_

**Fax** : \_\_\_\_\_

**Courriel** : \_\_\_\_\_

**Profession / Fonction** : \_\_\_\_\_

déclare avoir pris connaissance des statuts de l'association *Pôle Santé des Bastides* et de sa charte et souhaite y adhérer pour l'année en cours (cochez la(les) cases de votre choix)

**en tant que :**

- Personne physique** (susnommée)
- Personne morale** représentant des usagers de soins ou une collectivité soussignée: \_\_\_\_\_

**et au titre de :**

- Membre actif** (professionnel de soin uniquement) pour une cotisation de **30 euros**
- Membre adhérent** pour une cotisation de **10 euros**
- Bienfaiteur donateur** pour la somme de ..... **euros**
- En tant que membre actif, **je certifie être signataire de la charte du Pôle Santé des Bastides** (cocher obligatoirement la case pour valider l'adhésion)

Ci-joint mon règlement de .....euros par chèque à l'ordre de l'Association *Pôle Santé des Bastides* à adresser à :

*POLE SANTE DES BASTIDES  
1 Impasse des Allées  
40240 SAINT-JUSTIN*

*Pour tout autre mode de règlement (virement, swift, iban), merci de contacter  
Pôle Santé des Bastides - 1, Impasse des Allées 40240 SAINT-JUSTIN*

Fait à  
Le

Signature

Note d'information : Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique (déclaration CNIL 1103172) et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association