

BULLETIN ADHESION 2019

Merci de renvoyer le bulletin d'adhésion complété et signé à l'adresse ou fax indiqués ci-dessus

Nom : **Prénom** : **Profession** :

Si vous exercez en structure, merci de préciser laquelle :

Adresse professionnelle :

Code Postal : **Ville** :

Téléphone professionnel: / / / /

Adresse mail professionnelle:@.....

L'adhésion au réseau en tant que personne physique (à titre individuel) donne lieu à une cotisation annuelle de 5 euros et l'adhésion en tant que personne morale (ex : associations, structures....) donne lieu à une cotisation annuelle de 50 euros.

Vous adhérez en tant que :

Collège 1 : Médecins libéraux et pharmaciens d'officine

- Personne morale (pour les pôles ou Maisons de Santé)
- Personne physique (à titre individuel)

Collège 2 : Professionnels travaillant dans les structures de soins en addictologie et psychiatrie

- Personne morale (au titre de la structure de soins)
- Personne physique (à titre individuel)

Collège 3 Médecins du travail, Infirmiers libéraux, psychologues libéraux et professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social (hors structures de soin du collège 2)

- Personne morale (au titre de la structure ou de l'association)
- Personne physique (à titre individuel)

Collège 4 Membres des associations d'entraide

- Personne morale (au titre d'association)
- Personne physique (à titre individuel)

Le règlement s'effectue par **chèque libellé au nom de l'association réseau ville hôpital addictions 35**.

A réception de votre règlement, une facture acquittée vous sera envoyée. (Merci de spécifier l'adresse où vous souhaitez que la facture soit adressée, si celle-ci est différente des coordonnées indiquées ci-dessus)

Date :

Signature de l'adhérent