



## BULLETIN D'ADHESION 2019

Nom/Prénom : .....

Profession : .....

Si représentant d'une personne morale, Nom de l'établissement/association : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mobile : .....

E-Mail : .....

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre du réseau Palliance 12 au titre de :

- Collège 1** : Les intervenants libéraux du domaine médical ou paramédical,
- Collège 2** : Les associations intervenant à domicile : SSIAD, associations d'aides aux personnes et d'aides à domicile,
- Collège 3** : Les établissements de soins (hôpitaux, clinique, service d'HAD, SSR),
- Collège 4** : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées et/ou handicapées,
- Collège 5** : Les représentants des usagers,
- Collège 6** : Les réseaux de santé et autres structures.

**Je posséderai donc une voix délibérative lors de l'assemblée générale et je serai éligible au conseil d'administration.**

**Bienfaiteur** : je ne fais partie d'aucun collège et ne bénéficie donc pas du droit de vote, mais je souhaite être informé et éventuellement bénéficier des actions du réseau.

Je règle ma cotisation de 20 €

Je règle ma cotisation de 20 € et je fais un don complémentaire d'un montant de .....€

Je fais partie du collège 5 et suis exonéré

**Mode de règlement :**

Chèque à l'ordre de « Palliance 12 »

Espèces

Virement

Mandat administratif

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

*Tampon et Signature de l'Adhérent Ou de  
l'Etablissement*