

## BULLETIN D'ADHÉSION 20-----

### ■ Membre actif : Structure Réseau de santé

**NOM DE LA STRUCTURE** : .....

**Représenté par Nom** ..... **Prénom** : .....

**Fonction dans la structure** : .....

Thématique / Objectifs : .....

Département : .....

Région : .....

**Adresse postale** : .....

.....

Tél : ..... Fax : ..... Mobile : .....

Mail : .....

**Email (pour envoi des informations)\*** : .....

Déclare adhérer à l'UNR Santé pour l'année ....., et m'engage après avoir pris connaissance, à en respecter, dans la lettre et dans l'esprit, les statuts.

Je verse la somme de :

- 150 € (correspondant à la cotisation annuelle)**
- 50 € (Tarif préférentiel pour la cotisation annuelle) si mon association adhère à une Fédération ou Union régionale**
  - Nom de la Fédération ou de l'Union régionale** : .....

#### Règlement :

- Chèque (à l'ordre de l'UNR Santé)
- Virement (précisant le nom de la structure + adhésion)
- Paiement en ligne (sécurisé) via le site internet [www.unrsante.fr/adhesion](http://www.unrsante.fr/adhesion)

Montant versé ..... €

Vous pouvez remplir le bulletin d'adhésion en ligne sur notre site [www.unrsante.fr/adhesion](http://www.unrsante.fr/adhesion),

Ou merci d'adresser par courrier votre adhésion à *UNR Santé c/O Association Odyssee 21, chemin des Ardilles 78680 Épône* accompagné de votre chèque ou d'un justificatif de paiement.

- J'autorise la diffusion des informations ci-dessus et bénéficie d'un droit d'accès et de rectification en application de l'Article 34 de la Loi du 6 janvier 1978.

Fait à ..... le .....

Signature :

## BULLETIN D'ADHÉSION 20----

■ Membre associé (fédération régionale, fédération nationale, associations, personnalité qualifiée, etc...)

- Fédération régionale de réseaux : .....
- Fédération nationale de réseaux : .....
- Personne physique : .....
- Autre : .....

Thématique ou fonction et qualité : .....

Région : .....

Adresse postale : .....

.....

Tél : ..... Fax : ..... Mobile : .....

Email : .....

Déclare adhérer à l'UNRS pour l'année ....., et m'engage après avoir pris connaissance, à en respecter, dans la lettre et dans l'esprit, les statuts.

- Je verse la somme de ..... € à titre de don

### Règlement :

- Chèque (à l'ordre de l'UNR Santé)
- Virement (précisant le nom de la structure + adhésion)
- Paiement en ligne (sécurisé) via le site internet **www.unrsante.fr/adhesion**

Montant versé ..... €

Vous pouvez remplir le bulletin d'adhésion en ligne sur notre site **[www.unrsante.fr/adhesion](http://www.unrsante.fr/adhesion)**,

Ou merci d'adresser votre don par courrier à *UNR Santé c/O Association Odyssee 21, chemin des Ardilles 78680 Épône* accompagné de votre chèque ou d'un justificatif de paiement.

- J'autorise la diffusion des informations ci-dessus et bénéficie d'un droit d'accès et de rectification en application de l'Article 34 de la Loi du 6 janvier 1978.

Fait à ..... le .....

Signature :