**Adhérer**

 **à la FNAPH**

|  |
| --- |
| Nom de votre amicale :...................................................................................................................... |

L’adhésion est valable du 1er janvier au 31 décembre 2022

Etablissement.................................................................................................................................................................. Adresse : ...............................................................................................................................................................................

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

Tél. .................................................................E-mail :..........................................................................................................

Site internet, blog, facebook : ...................................................................................................................................... Nom du Président (e) :....................................................................................................................................................

Tél. professionnel : .............................................................. Tél. portable : .............................................................

E-mail pro : ........................................................................... E-mail perso : ............................................................

*les coordonnées complètes du président sont obligatoires (minimum n° de téléphone ou mail)*

Jour (s) et heure (s) de permanence de l’amicale :

|  |
| --- |
|  2022 |

................................................................................................................................................................................................

Adhésion 2022

Nombre de personnel dans votre établissement : ...........................................................................................

Montant de la cotisation annuelle de votre amicale : ....................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Cotisation FNAPH 2022** |  |
|       |  Nombre d’adhérents (en 2021) : | Nombre d’adhérents (en 201 ............................. X 1 € = ......................................€ **+ 20 €** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  TOTAL = ....................................... € **\*\*** |
|  **+ Droit d’entrée \*:**    **\* le droit d’entrée s’acquitte uniquement la première année**\*\* règlement par chèque à l’ordre de la FNAPH |

*Les informations enregistrées sont réservées à l’usage de la FNAPH et ne peuvent être communiquées qu’à nos prestataires et partenaires.*

Je soussigné (e) , ...............................................................................................................................................................

agissant en qualité de ................................................................................... pour l’amicale ci-dessus adhère à la Fédération Nationale des Amicales du Personnel Hospitalier, après avoir pris connaissance et accepté ses statuts.

 Fait à .............................................................

 Le ...................................................................

 Signature :

2 rue Henri Le Guilloux

35033 RENNES cedex 9

Tél. 02 99 31 83 42 - Fax. 02 99 28 96 85 fedenaph@gmail.com

 www.fnaph.fr