

Adhérer à la FNAPH

L'adhésion est valable du 1er janvier au 31 décembre 2024

Nom de votre amicale :

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. E-mail amicale

Site internet, facebook... :

Nom du Président (e) :

Tél. portable :

E-mail perso :

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

Cotisation FNAPH 2024

Nombre d'adhérents (en 2023) : X 1 € =

TOTAL = €

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 (qui sont disponibles sur le site internet).

Fait à

Le

Signature :

Adhésion 2024



2 rue Henri Le Guilloux
35033 RENNES cedex 9
Tél. 02 99 31 83 42
contact@fnaph.fr

www.fnaph.fr