

Bulletin d'adhésion

L'adhésion est valable du 1er janvier au 31 décembre 2025

Nom de votre Amicale :

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ e-mail Amicale : _____

Site internet / facebook : _____

Nom Président.e : _____

Tél portable : _____ e-mail perso. : _____

Les coordonnées du/de la président.e sont obligatoires (minimum n° téléphone ou mail)

Quel e-mail souhaitez-vous faire apparaître sur l'annuaire des Amicales du site internet de la FNAPH ?

Cotisation FNAPH 2025

Nombre d'adhérents (en 2024) : _____ x 1 € =

Total : _____ €

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 (disponibles sur le site internet).

Fait à : _____ Signature :

Le : _____