



ADHESION 2020

PERSONNE MORALE

Nom de la personne morale :

Nom du représentant légal :

Prénom du représentant légal :

Adresse postale :

.....

Courriel :@.....

Je souhaite que l'organisation que je représente légalement adhère au Réseau SBDH-RA en tant que membre actif personne morale, moyennant une cotisation annuelle de 100 €.

Aussi, je joins un chèque du montant correspondant. J'appartiens au collègue :

- des associations incluant des chirurgiens dentistes
- des associations d'usagers
- des établissements médico-sociaux (EMS) et associations gestionnaires d'EMS
- des établissements de santé, centres de santé

Le _____ à _____

Signature :

Votre adhésion annuelle permet, avec votre cotisation, de renforcer les actions du Réseau SBDH-RA.

Pour représenter votre organisation au sein des instances du Réseau (Assemblée Générale et éventuellement au Conseil d'Administration), vous devez désigner un représentant si celui-ci est différent du représentant légal. Pensez-y !

Nom et prénom du représentant de la personne morale au sein des instances du Réseau :

.....

Merci de renvoyer ce bulletin complété, accompagné de votre règlement établi à l'ordre du Réseau SBDH-RA, à l'adresse ci-dessous