



# BULLETIN D'ADHÉSION 2025-2026

Montant des frais d'adhésion : 40€ (Collège 1) ; 25€ (Collège 2)

Complétez, cochez ou entourez vos réponses

Nom: ..... Prénom : .....

Profession, fonction : .....

Structure (nom + domaine d'activité) : .....

Adresse: .....

Téléphone : ..... Courriel: .....

Quelles sont vos attentes vis-à-vis du RLS ? :

.....  
.....

Merci de nous renseigner concernant les informations suivantes :

☐ Vous souhaitez devenir un membre actif, et ainsi obtenir le droit de vote aux Assemblées Générales (Avec l'accord préalable des membres du Bureau pour la validation de cette adhésion)

☐ Vous souhaitez participer aux groupes de travail pour élaborer les projets (Forum Ouvert...)

☐ **Déclare adhérer au Réseau Loiret Santé et accepte de respecter les principes de la charte du Réseau** (disponible sur le site internet : [www.reseauloiretsante.org](http://www.reseauloiretsante.org))

Vos coordonnées pourront figurer dans notre annuaire en ligne, sauf demande contraire de votre part.

**Vous souhaitez payer** ☐ par chèque n°..... d'un montant de : 25 € (collège 2)  
40 € (collège 1)

☐ par virement bancaire sur compte Crédit Agricole Réseau Loiret Santé  
sur <https://reseau-loiret-sante.s2.yapla.com/fr/espace-membres>

Date et signature :