



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.reseauloiresante.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 :