



BULLETIN D'ADHÉSION 2026-2027

Montant des frais d'adhésion :
40€ (Collège 1) ; 25€ (Collège 2) ; 10€ (Collège 3)

Complétez, cochez ou entourez vos réponses

Nom: Prénom :

Profession, fonction :

Structure (nom + domaine d'activité) :

Adresse:

Téléphone : Courriel:

Merci de nous renseigner concernant les informations suivantes :

☐ **Demande mon adhésion à l'Association Réseau Loiret Santé**, 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)

☐ **M'engage à respecter les Statuts de l'Association, la Charte du Réseau et le Règlement Intérieur 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)

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

☐ M'engage, en cas de changements intervenant dans les renseignements communiqués, à les signaler à l'Association. 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 : 10 € (collège 3)
25 € (collège 2)
40 € (collège 1)

☐ sur <https://reseau-loiret-sante.s2.yapla.com/fr/espace-membres>

☐ par virement bancaire sur compte Crédit Agricole Réseau Loiret Santé
FR76 1480 6000 2372 0520 0436 638

Date et signature :