



Association des Usager.e.s et du Personnel de la Santé – Aup's

Adresse : 41 rue du Sergent Godefroy, 93100 Montreuil
Déclarée à la Préfecture de Seine Saint Denis sous le numéro
W931015888

Cotisation d'adhésion (à remettre à l'adhérent)

Reçue la somme de _____ € au titre de la cotisation annuelle (minimum 20 €)

Espèces Chèque Virement

De M. Mme Mlle : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ce versement donne à l'adhérent la qualité de

Membre : Actif : Bienfaiteur : Autre :

Il ouvre droit à la participation à l'assemblée générale de l'association et *le cas échéant* à l'avantage fiscal prévu à l'article 199 du CGI pour lequel un reçu fiscal sera adressé.

Fait en deux exemplaires à _____ le .../.../....

La Présidente

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : le.personnel.hospitalier@gmail.com

✂-----



Association des Usager.e.s et du Personnel de la Santé – Aup's

Adresse : 41 rue du Sergent Godefroy, 93100 Montreuil
Déclarée à la Préfecture de Seine Saint Denis sous le numéro
W931015888

Bulletin d'adhésion (à conserver par
l'association)

M. Mme Mlle : Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Le cas échéant : tél.fixe/port. : _____ E-mail : _____

Espèces Chèque N° de chèque _____ Virement

Date d'adhésion : _____

Cotisation acquittée : _____ €

L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts et du règlement intérieur, et déclare vouloir adhérer à l'association Aup's.

Fait en deux exemplaires à _____ le .../.../....

L'adhérent