

## BULLETIN D'ADHÉSION

*Association soumise à la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et au décret du 16 août 1901*

A remplir par l'adhérent (exemplaire à renvoyer à l'association par courrier ou par mail)

**Nom et Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Tél :** .....

**Courriel :** .....

**Profession :** ..... **Profession libérale :** OUI  NON

**Type de structure :** Seul  Cabinet de groupe  MSP  Autre (préciser)  .....

**Nom de la structure :** .....

**N° ADELI / RPPS :** .....

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'association. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs de l'association et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Je refuse d'être pris en photo et que celle-ci soit diffusée sur différents supports :

Montant de la cotisation payable par chèque bancaire ou virement à l'ordre de Roannais Défi Santé :

30 € Professionnel de santé

10 € Citoyen – Association – Mairie – Autre organisme – Personne morale

Fait à ....., le .....

**Signature**

**Pour être indemnisé sur les temps de travail, l'adhésion est obligatoire. Les indemnités sont prises en compte à partir du jour de l'adhésion.**

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles.*



Roannais Défi Santé  
Ensemble

# BULLETIN D'ADHÉSION



## RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	07234	00020922901	95	EUR

Domiciliation  
**CCM CHARLIEU**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)  
**FR76 1027 8072 3400 0209 2290 195**

BIC (Bank Identifier Code)  
**CMCIFR2A**

**Domiciliation**

CCM CHARLIEU  
15 PLACE DE LA BOUVERIE  
42190 CHARLIEU

☎ 04 77 18 20 30

**Titulaire du compte (Account Owner)**

ROANNAIS DEFI SANTE ENSEMBLE  
LE NILOTIKA  
20 RUE ALEXANDRE RAFFIN  
42300 ROANNE

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ