

# Adhérer à la FNAPH

L'adhésion est valable du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017.

Nom de votre amicale : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Boîte postale : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Site Internet, Blog, Facebook : \_\_\_\_\_

**Nom du Président :** \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_ Tél. portable \_\_\_\_\_

E-mail pro.: \_\_\_\_\_ E-mail perso : \_\_\_\_\_

**LES COORDONNEES COMPLETES DU PRESIDENT SONT OBLIGATOIRES (Minimum un n° de tél. et une adresse mail)**

Jour(s) et heures de permanence de l'amicale : \_\_\_\_\_

Nombre de personnel dans votre établissement : \_\_\_\_\_

Montant de la cotisation annuelle de votre amicale : \_\_\_\_\_

## Cotisation FNAPH 2017

Nombre d'adhérents (en 2016) : \_\_\_\_\_ X 1 € = \_\_\_\_\_ €

+ Droit d'entrée\* : \_\_\_\_\_ + 20 €

\* le droit d'entrée s'acquitte  
uniquement la première année

**TOTAL = \_\_\_\_\_ €\*\***

\*\* règlement par chèque à l'ordre de la FNAPH

**Les informations enregistrées sont réservées à l'usage de la FNAPH  
et ne peuvent être communiquées qu'à nos prestataires ou partenaires .**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_

agissant en qualité de \_\_\_\_\_ pour l'amicale ci-dessus

adhère à la Fédération Nationale des Amicales du Personnel Hospitalier, après avoir pris  
connaissance et accepté ses statuts.

Fait à \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

2 rue Henri-Le Guilloux  
35033 RENNES CEDEX 9  
Tél. 02 99 31 83 42 – Fax 02 99 28 96 85  
fedenaph@gmail.com