

Adhérer à la FNAPH

L'adhésion est valable du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019.

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 2019

Nombre d'adhérents (en 2018) : _____ 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