



Coordination de l'Accompagnement en Soins Palliatifs Angevins

ANNEE 2017

BULLETIN D'ADHESION

Je, soussigné(e), déclare adhérer à l'association "CASSPA 49", pour l'année 2017, au titre d'une :

ADHESION A TITRE INSTITUTIONNEL (SECTEURS SANITAIRE, SOCIAL, MEDICO-SOCIAL)

☞ **MONTANT DE L'ADHESION 170 €** (Etablissements concernés : CHU, CH, CSSR, EHPAD, HAD, FAM,...)

ETABLISSEMENT :

Adresse :

Code postal : Ville :

Nom/Prénom du représentant : Fonction :

Email :

☞ **MONTANT DE L'ADHESION 20 €** (Structures concernées : SSIAD*, services à domicile,..)

STRUCTURE :

Adresse :

Code postal : Ville :

Nom/Prénom du représentant : Fonction :

Email :

- Pour les SSIAD rattachés à un établissement de santé, l'adhésion se fait au titre de l'établissement et est de 170€

ADHESION A TITRE ASSOCIATIF (ASSOCIATIONS D'USAGERS) – MONTANT DE L'ADHESION : 20 €

ASSOCIATION :

Adresse :

Code postal : Ville :

Nom/Prénom du représentant : Fonction :

Email :

ADHESION A TITRE INDIVIDUEL (LIBERAL – SALARIE) – MONTANT DE L'ADHESION : 20 €

Nom/prénom :

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Fonction : Le cas échéant, nom de l'établissement où vous êtes salarié(e) :

Email :

A :

Date :

Signature

**MERCI DE RETOURNER CE BULLETIN D'ADHESION ACCOMPAGNE DU MONTANT DE
LA COTISATION**

Mode de Paiement (*case à cocher*)

☐ **Par chèque** à l'ordre de la CASSPA à adresser à :

CASSPA

C/O Institut de Cancérologie de l'Ouest

A l'attention de C. Foin

15 rue André Boquel

CS 10059

49 055 Angers Cedex 02

☐ **Par mandat administratif** (RIB à demander) – bulletin d'adhésion à retourner par e-mail à christelle.foin@casspa49.fr

Un reçu vous sera retourné par mail