	Coordination de l'Accompagnement en Soins de Support et PAlliatifs
ANNEE 2019	BULLETIN D'ADHESION

Je, soussigné(e),.....,
déclare adhérer à l'association "CASSPA 49", **pour l'année 2019,** 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 REPRESENTANT LES USAGERS DU SYSTEME DE SANTE ET/OU BENEVOLES D'ACCOMPAGNEMENT)* – 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 49
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