

## Coordination de l'Accompagnement en Soins de Support et PAlliatifs

**ANNEE 2019** 

## **BULLETIN D'ADHESION**

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:	Je, soussigné(e),, déclare adhérer à l'association "CASSPA 49", <b>pour l'année 2019,</b> au titre d'une :
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:	Adhesion a titre institutionnel (secteurs sanitaire, social, medico-social)
Addresse:  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:	■ MONTANT DE L'ADHESION 170 € (Etablissements concernés : CHU, CH, CSSR, EHPAD, HAD, FAM,)
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:	ETABLISSEMENT:
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:
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:	Code postal : Ville :
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 :	Nom/Prénom du représentant : Fonction :
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:	Email:
Adhesion a titre associatif (associations representant les usagers du systeme de sante et/ou benevoles d'accompagnement) — Montant de l'adhesion : 20 €  Association :	STRUCTURE:  Adresse:  Code postal: Ville:  Nom/Prénom du représentant: Fonction:  Email:
BENEVOLES D'ACCOMPAGNEMENT) — MONTANT DE L'ADHESION : 20 €  ASSOCIATION :	·
Association:	
Adresse:	
Code postal : Ville :	
Nom/Prénom du représentant : Fonction :	Nom/Prénom du représentant : Fonction :  Fmail :

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	ADHESION A	TITRE INDIVIDUEL (LIBER	ral – salarie) – Montant de l'adhesion : <b>20 €</b>	
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@casspa4	Nom/préno	m :		
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@casspa4	Adresse :			
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 Al'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@casspa4	Code postal :	Ville :		
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@casspa4	Fonction :	Le cas échéant, nom de l'	établissement où vous êtes salarié(e):	
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@casspa4	Email :			
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@casspa4				
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	<b>A</b> :	Date:	Signature	
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				
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				
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				
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				
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				
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@casspa4	MERCI DE	RETOURNER CE BULL	ETIN D'ADHESION ACCOMPAGNE DU MONTANT DE	
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			LA COTISATION	
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@casspa4	Mode de Pai	ement (case à cocher)		
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@casspa4		e à l'ordre de la CASSPA à adr	resser à :	
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		de Cancérologie de l'Ouest		
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	A l'attention	de C. Foin		
Par mandat administratif (RIB à demander) – bulletin d'adhésion à retourner par e-mail à <u>christelle.foin@casspa4</u>	CS 10059			
	49 055 Ange	rs Cedex 02		
In recu yous sera retourné nar mail	Par manda	t administratif (RIB à demand	der) – bulletin d'adhésion à retourner par e-mail à <u>christelle.foin@cass</u>	pa4
In recu yous sera retourné nar mail				
	Un recu vous s	era retourné nar mail		