



Coordination de l'Accompagnement en Soins de Support et Palliatifs

ANNEE 2020

BULLETIN D'ADHESION

Je, soussigné(e),

déclare adhérer à l'association "CASSPA 49", **pour l'année 2020**, au titre d'une :

1

ADHESION A TITRE INSTITUTIONNEL (*secteurs sanitaire, social, médico-social, ordres professionnels départementaux,...*)

ETABLISSEMENT :

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Nom/Prénom du représentant : **Fonction :**

Email :

Montant de la cotisation :

■ **170 €** (*Acteurs concernés : CHU, CH, CSSR, EHPAD, HAD, FAM, IME, ordres professionnels départementaux,...*)

■ **40 €** (*Maisons de santé pluri-professionnelles, SSIAD*, services à domicile,...*)

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

2

ADHESION A TITRE ASSOCIATIF

Associations représentant les usagers du système de santé et/ou bénévoles d'accompagnement

DENOMINATION :

Nom/Prénom du représentant :

Fonction :

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Email :

Montant de la cotisation : 20€

3

ADHESION A TITRE INDIVIDUEL (LIBERAL - SALARIE)

NOM/PRENOM :

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Fonction :

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

Email :

Montant de la cotisation : 20€

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 contact@casspa49.fr

Un reçu vous sera retourné par mail