

BULLETIN D'ADHESION 2023

A remplir par l'adhérent

Informations personnelles :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

CP/Ville :

Téléphone :

Courriel :

Etablissement/structure/association/Professionnel

- Etablissement de santé :
- Professionnel Libéral :
- Etablissement médicaux sociaux :
- CPTS :
- Association d'usagers :

Adresse :

CP/Ville :

Téléphone :

Courriel :

Siège Social : 26 Rue Jean Mermoz - 07200 Aubenas – Siret 480 411 636 00057

Adresse de Gestion : Rue Alessandro Volta - 26500 Bourg Lès Valence – Siret

480 411 636 00024

Tél : 04.75.81.10.63

contact@dacardeche.fr



En vertu de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'association **DAC Ardèche** s'engage à ne pas utiliser les informations de l'adhérent à des fins commerciales. Ce dernier dispose également d'un droit de regard et de rectification sur les informations le concernant.

Je certifie vouloir adhérer à l'association **DAC Ardèche**

De ce fait, je reconnais l'objet de l'association. Je suis pleinement informé des droits et devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Pour l'année 2023, je souhaite :

- Adhérer à l'association et verser une cotisation de **10€**
- Faire un don à l'association d'un montant de : €

Mode de paiement :

- Chèque à l'ordre du DAC Ardèche
- Virement
IBAN : FR76 1027 8089 0600 0200 2300 331
BIC : CMCIFR2A

Fait à :

Le :

Signature

Merci de retourner ce document à direction@dacardeche.fr