

BULLETIN D'ADHÉSION AU GERES

SI L'ADHERENT EST UNE PERSONNE PHYSIQUE :

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____

Etablissement/Structure : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. : ____/____/____/____/____ E-mail : _____@_____

SI L'ADHESION CONCERNE UNE PERSONNE MORALE :

Raison sociale : _____ Forme juridique : _____

Adresse : _____

Code postale : _____ Ville : _____

Nom / Prénom du référent : _____

E-mail : _____@_____

Je déclare par la présente adhérer à l'association : _____

Le montant de la cotisation est de : (cochez la case de votre choix)

- Adhésion simple (personnels soignants): **50 euros** minimum
- Adhésion hôpitaux, cliniques: _____ (**200 euros minimum**) :
- Adhésion bienfaiteur pour un montant de : _____
- Don /Soutien GERES pour un montant de: _____

MODE DE REGLEMENT (cochez la case de votre choix)

- Règlement **PAR CHÈQUE À L'ORDRE DU GERES** : à adresser à l'adresse postale du GERES
- Règlement **PAR VIREMENT BANCAIRE** : RIB du GERES en pièce jointe

Acceptez-vous que vos coordonnées soient transmises aux partenaires du GERES : oui non

Souhaitez-vous recevoir la newsletter du GERES : oui non

Fait à : _____ le : _____

Signature :