

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 (fabricants, instituts...): _____ (1000 euros minimum)
- 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** :

SOCIETE GENERALE IBAN: FR76 3000 3040 6000 0372 6292 601	Code banque Code guichet N° compte Clé RIB 30003 04060 00037262926 01 BIC-ADRESSE SWIFT: SOGEFRPP
--	---

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 :