

Nom : Prénom :

Date (ou année) de naissance :

Adresse :

Code postal: Ville :

Tél : Email :

N° Adeli : N° RPPS : N°SIRET :

Je souhaite adhérer à l'Association Généralistes et Addictions HdF en tant que :

☐ **Membre actif** : médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux

☐ **Membre associé** : personnes physiques (professionnels de santé non libéraux, acteurs du médico-social...) ou morales (association, réseau...) participant aux actions de l'association ou se reconnaissant dans son objet

et je joins ma cotisation de 50 Euros.

☐ *Professionnel libéral retraité, professionnel libéral installé depuis moins de 3 ans, remplaçant ou rencontrant des difficultés financières, je demande à bénéficier de la cotisation à 25 euros*

☐ par chèque
n°.....
banque.....

☐ par virement Crédit Coopératif Lille
IBAN : FR76 4255 9100 0008 0027 8028 696
BIC : CCOPFRPPXXX

Vie associative

☐ Je souhaite faire partie du C.A.

☐ Je souhaite faire partie du Bureau

Fait à Le

Signature, cachet professionnel