

DEMANDE D'ADHESION MEMBRE ASSOCIATION REPPEA pour l'année 2017

(A renvoyer signé à REPPEA, 52 CH DE VILLENouvelle, 31100 Toulouse)

NOM :

Prénom :

Adresse :

Tél. :

Courriel :

Autres précisions utiles :

Montant :

- 30 € (**adhésion individuelle**)
- 60 € (**adhésion collective**)
- 10 € (**adhésion étudiante**, personne en recherche d'emploi,... sur justificatif)
-€ (**adhésion + don** : tout don d'au moins 30 euros donne droit à l'adhésion gratuite aux professionnels la sollicitant dont 66% sont déductibles des impôts)
-€ (**don**)

FACTURE :

- Je souhaite recevoir une facture de don
- Je souhaite recevoir une facture d'adhésion
- Je souhaite recevoir une attestation d'adhésion

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance des statuts, de la charte et du règlement intérieur et les accepter. Je m'engage à respecter de la clause de confidentialité de l'association ainsi que le secret professionnel due à ma profession en ne divulguant aucune information sur mes patients qui pourrait être reconnaissable et engager ma responsabilité au niveau du secret professionnel. Je joins un chèque de euros à l'ordre de REPPEA.

Date :

Signature :