

## RENOUVELLEMENT D'ADHESION AU GRCS – AUVERGNE RHONE-ALPES - ANNEE 2021

**Nom de la structure :** .....

**Type de membre :** Gestionnaire de centres de santé – Fédération d'organismes gestionnaires de centres de santé - Porteur de projet de création de centres de santé

**Type de gestionnaire :** Association – Organisme mutualiste – Municipalité – Autre : .....

**Type de centre :** Infirmier – Dentaire – Polyvalent – Médical

• Adresse : .....

• Téléphone : ..... Site web : .....

**Représentée par :**

• Nom – Prénom : .....

• Fonction : .....

• Coordonnées : Mail ..... Téléphone.....

**Atteste avoir pris connaissance des statuts et de la charte du GRCS AURA**

**Atteste adhérer à une fédération nationale représentative des centres de santé\*** - Nom de la fédération : .....

*\*Uniquement pour les gestionnaires de centres de santé*

**Rejoint l'association en tant que personne morale**

soit a = **100 €**

**Nombre de centres de santé gérés (ou adhérents pour les fédérations)**

soit b = ..... x **20 €** = ..... €

**TOTAL** .....

a+ b = ..... €

**Réglés par :** **Chèque** – **Virement** (IBAN: FR76 1382 5002 0008 0091 4955 009 et BIC : CEPAFRPP382 au nom de GPT REG CENTRES SANTE RHONE ALPES)

**Souhaite recevoir la newsletter mensuelle par mail : OUI - NON**

**Si oui - Adresses mails des personnes à inscrire à la newsletter :**

.....

**Accepte que les coordonnées du centre soient :**

**recensées dans la liste des adhérents du GRCS AURA : OUI – NON**

**communiquées aux adhérents du GRCS AURA : OUI – NON**

Fait à ..... Le ..... Signature du représentant légal et tampon