

Association **Colore Mon Hôpital**

Déclarée à la Préfecture de sous le numéro W173005476

coloremonhopital@gmail.com



Cotisation d'adhésion (à conserver)

Reçue la somme de 5€, au titre de la cotisation : Espèces

Chèque

De M. Mme¹ Nom

Prénom

Adresse :

Ce versement donne à l'adhérent la qualité de Membre Actif

Il ouvre droit à la participation à l'assemblée générale de l'association et le cas échéant à l'avantage fiscal prévu à l'article 199 du CGI pour lequel un reçu fiscal sera adressé.

Fait à le / /

Le Président

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne.

Bulletin d'adhésion (à renvoyer à l'association)

M. Mme¹ Nom

Prénom

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Date d'adhésion :

Cotisation acquittée ²:

L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts et du règlement intérieur, et déclare vouloir adhérer à l'association Colore Mon Hôpital.

Fait à le / /

Signature de l'adhérent

1 Rayer les mentions inutiles

Adhésion à retourner à :

Hôpital La Rochelle – Valérie Panier – Maternité – Rue Docteur Schweitzer – 17000 LA ROCHELLE

¹ Rayer la mention inutile

² Joindre le paiement au renvoi du bulletin d'adhésion