

BULLETIN D'ADHESION

Association **Appui Santé 61** porteuse du **Dispositif d'Appui à la Coordination** de l'Orne

ADHERENT

NOM :

Prénom :

Fonction/Profession :

SI JE SUIS REPRESENTANT D'UNE PERSONNE MORALE :

NOM de l'organisme :

Durée du mandat de représentation :

COORDONNEES

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Je déclare, par la présente :

- Souhaiter devenir membre de l'association Appui Santé 61
- Adhérer aux statuts de l'association <https://www.dac61.fr/qu-est-ce-que-le-dac/l-association/les-statuts/les-statuts,5588,12690.html>, à ses éventuels avenants ou annexes ainsi qu'à toutes les décisions déjà prises par les instances de l'association
- Concourir à la réalisation de l'objet de l'association

Aucune cotisation n'est demandée.

Je désire faire acte de candidature au sein du conseil d'administration qui se compose :

- 4 membres Collège des professionnels de santé > généraliste, infirmier...
- 4 membres Collège des établissements et services sanitaires > centre hospitalier, acteurs de la psychiatrie, HAD...
- 4 membres Collège des établissements et services médico-sociaux et sociaux > EHPAD, ESMS PH, SAAD, SSIAD, CHRS...
- 4 membres Collège des structures de coordination > CPTS, CLIC, MDA, DSR, Pôles de santé...
- 3 membres Collège des collectivités territoriales > EPCI, Communes...
- 3 membres Collège des représentants des usagers et des personnalités qualifiées > CDCA, personnalités qualifiées en retraite...

Fait à _____, le _____

Signature

Loi du 6 janvier 1978 relative au droit de communication dans le fichier des membres de l'association des données personnelles de l'adhérent, de son droit de regard et de rectification sur les informations le concernant.