

## BULLETIN D'ADHESION

Nom/Prénom : .....

Profession : .....

Si représentant d'une personne morale, Nom de l'établissement/association : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mobile : .....

E-Mail : .....

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre du DAC de l'Aveyron au titre de :

- ☐ **Collège 1** : Les établissements et services sanitaires,
- ☐ **Collège 2** : Les établissements et services à caractère social,
- ☐ **Collège 3** : Les établissements et services à caractère médico-social,
- ☐ **Collège 4** : Les professionnels de santé,
- ☐ **Collège 5** : Les représentants d'association d'usagers,
- ☐ **Collège 6** : Les dispositifs concourants à la coordination, dans le département de l'Aveyron.

**Je posséderai donc une voix délibérative lors de l'assemblée générale et je serai éligible au conseil d'administration.**

☐ **Bienfaiteur** : je ne fais partie d'aucun collège mais paye une cotisation libre et dispose d'une voix consultative lors de l'Assemblée Générale.

☐ Je règle ma cotisation de 20 €

☐ Je règle ma cotisation de 20 € et je fais un don complémentaire d'un montant de .....€

☐ Je règle une cotisation libre d'un montant de .....€

**Mode de règlement :**

☐ Chèque à l'ordre de « DAC 12 »

☐ Espèces

☐ Virement

☐ Mandat administratif

*IBAN : FR76 1120 6000 1454 2221 3435 361  
CR NORD MIDI PYRENNES*

Fait à .....

Le .....

*Tampon et Signature de l'Adhérent Ou de  
l'Etablissement*