



## 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 possèderai 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*