



45 rue General Koenig
Clinique Saint Jean
50000 Saint Lo
France

Exclusivement par chèque à l'ordre : de **Alliance des Professions de Santé**

ADHÉSION 2016-2017

MERCI DE COMPLÉTER LES INFORMATIONS

CI-DESSOUS :

N° RPPS : *cachet*

Madame Monsieur

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TELEPHONE : PORTABLE :

FAX :

E-MAIL :

SPECIALITE :

EXPERTISE PARTICULIERE :

SECTEUR : 1 2 DP Non conventionné Libéral & Salarié

ADHERENT D'UN AUTRE SYNDICAT : Oui Non

LEQUEL :

J'ADHERE A ALLIANCE DES PROFESSIONS DE SANTE

et vous adresse le montant de ma cotisation soit :

40€ Cotisation annuelle

60€ Cotisation couple

30€ Cotisation moins de 30 ans Etudiant / Interne

150€ Membre bienfaiteur

Déductibilité fiscale

Les cotisations sont déductibles au titre des « cotisations syndicales et professionnelles » (BOI-BNC-BASE-40-60-60-20150304).

Je souhaite faire un don supplémentaire :

150€ **100€** **60€** autre :€

Alliance des Professions de Santé

« Je suis informé(e) et j'autorise le APS à recueillir des informations me concernant. Ces informations sont réservées exclusivement à la mise en œuvre des services proposés par APS et ne pourront être communiquées. Conformément aux articles 39 et suivants de la Loi n° 7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés : toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations le concernant en s'adressant au secrétariat d'APS. »