



45 rue General Koenig  
Clinique Saint Jean  
50000 Saint Lo  
France

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

## ADHÉSION 2018

MERCI DE COMPLETER 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. »