

Je soussigné(e) :

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Fonction :** .....

**Adresse :** ☐ **Personnelle** ☐ **Professionnelle**

.....

**CP :** ..... **Ville :** .....

**Téléphone fixe :** ☐ **Personnel** ☐ **Professionnel**

.....

**Téléphone portable :** ☐ **Personnel** ☐ **Professionnel**

.....

**Mail :** .....

adhère à l'association Appui Santé Loiret en tant que :

<input type="checkbox"/> Personne Physique	
<input type="checkbox"/> Personne Morale	Au nom de la structure / établissement :

## RÈGLEMENT DE LA COTISATION POUR L'ANNÉE 2026 :

☐ 10 €

☐ 30 € (pour les établissements)

☐ Je souhaite compléter mon adhésion en faisant un don à l'association d'un montant de .....€

☐ Je ne souhaite pas adhérer mais je fais un don à l'association d'un montant de .....€

**MODE DE REGLEMENT :** ☐ Espèces ☐ Chèque ☐ Virement

**Je souhaite recevoir un reçu / facture :** ☐ Oui ☐ Non

**Je souhaite recevoir un rescrit fiscal / justificatif don :** ☐ Oui ☐ Non

À....., le.....

**Signature**



**Selon les statuts d'Appui Santé Loiret validés le 22/03/2021 :**

**Article 6 – Adhésion – Exclusion – Engagement des membres**

**6-1 – Acquisition de la qualité de membre**

*La qualité de membre s'acquiert par cooptation du conseil d'administration ratifiée par l'Assemblée Générale.*

*La qualité de membre de l'Association est visée et éventuellement validée par le Conseil d'Administration à réception de la demande d'un professionnel ou d'une personne morale.*

*L'admission des membres est prononcée par le Conseil d'Administration à la majorité absolue des voix. Chaque membre prend l'engagement de respecter les présents statuts et s'engage à apporter son concours à la réalisation de l'objet de l'association.*

*Lorsque le candidat admis est une personne morale, cette dernière désigne la personne physique, chargée de la représenter au sein du collège correspondant (voir article 12), de l'Association. La personne physique représentant la personne morale, devenue membre est mandatée en interne selon les règles propres à la personne morale qu'elle représente. L'identité de cette personne et ses fonctions devront être précisées par écrit, ainsi que la durée de son mandat de représentation. Tout changement de représentant souhaité ou rendu nécessaire pour une personne morale membre de l'association, devra être préalablement notifié à « Appui santé Loiret ».*

*La qualité de membre s'acquiert par le paiement d'une cotisation annuelle.*

**6-2 – Perte de la qualité de membre du Conseil d'Administration et d'adhérent**

*La qualité de membre se perd par la démission, le non-paiement de la cotisation annuelle, le décès, ou la radiation sur décision de l'Assemblée Générale.*

