

Adhésion au titre de personne morale

Coordonnées de la personne morale

Nom :

Acronyme :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

Email :

Site internet :

Représentant légal de l'organisme

Nom et Prénom :

Titre :

Profession :

Téléphone fixe

Portable :

Email :

Destinataire de la correspondance du Représentant légal (si différent) de l'organisme

Nom et Prénom :

Titre :

Profession :

Téléphone fixe :

Portable :

Email :

Personnes représentant l'organisme aux instances de Promotion Santé IdF

Titulaire

Nom et Prénom :

Titre :

Profession :

Téléphone fixe :

Portable :

Email :

Suppléant

Nom et Prénom :

Titre :

Profession :

Téléphone fixe :

Portable :

Email :

Vous avez lu les statuts, le règlement intérieur et la charte à laquelle Promotion Santé IdF se réfère et vous vous engagez à les respecter

Cocher la case, précédé de « lu et approuvé »

Vos champs d'intervention (activités, expertise)

Le,

à

Signature du représentant légal