



Siège : PASS- Centre Hospitalier Métropole Savoie – B.P. 31125 – 73011 CHAMBERY Cedex

Association APPASSRA loi du 1^{er} juillet 1901 Art.5

BULLETIN D'ADHESION 2024 à l'APPASSRA

M. Mme. Melle :

Prénom :

Service ou organisme :

.....

Ville :

Adresse :

.....

Mail :

.....

Téléphone (facultatif) :

Fax (facultatif) :

J'adhère à l'association

**« ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DES PERMANENCES D'ACCES AUX SOINS DE
SANTE D'Auvergne-Rhône-Alpes »**

Et je verse la somme de :

- 14 € correspondant au montant de l'adhésion 2024
- de..... cotisation libre, comme membre bienfaiteur

Fait à

Le

Signature

Libellé du règlement – chèque : Association APPASSRA n° CE 08771999784

**Bulletin à envoyer avec votre chèque (chèque du montant de l'adhésion seule ou adhésion + paiement du
repas pour ceux qui participent à la journée) et avec votre inscription à la journée d'échanges du 17
Octobre 2024**

à l'adresse suivante :

**Coordination Régionale des PASS & EMPP – CH St Jean Dieu – Boite postale 8252
290 Route de Vienne 69355 Lyon Cedex 08**

N° Siret : 518 038 559 00010