

## RENOUVELLEMENT D'ADHESION AU GRCS AUVERGNE RHÔNE-ALPES - ANNEE 2025

**Nom de la structure :** .....

**Type de membre :** Gestionnaire de centres de santé – Fédération d'organismes gestionnaires de centres de santé - Porteur de projet de création de centres de santé

**Type de gestionnaire :** Association – Organisme mutualiste – Municipalité – Autre : .....

**Type de centre :** Infirmier – Dentaire – Polyvalent – Médical

• Adresse : .....

• Téléphone : ..... Site web : .....

**Représentée par :**

• Nom – Prénom : .....

• Fonction : .....

• Coordonnées : Mail ..... Téléphone.....

**Atteste avoir pris connaissance des statuts et de la charte du GRCS AURA**

**Atteste adhérer à une fédération nationale représentative des centres de santé - Nom de la fédération d'appartenance\* :** .....

**Rejoint l'association en tant que personne morale**

soit a = **115 €**

**Nombre de centres de santé gérés (ou adhérents pour les fédérations)\*\***

soit b = ..... x **25 €** = ..... €

**TOTAL** .....

a + b = ..... €

**Réglés par virement** (IBAN : FR76 1027 8073 2500 0207 7970 175 ..BIC : CMCIFR2A au nom de GPT REG CENTRES SANTE RHONE ALPES)

**Souhaite recevoir la newsletter mensuelle par mail : OUI - NON**

**Si oui - Adresses mails des personnes à inscrire à la newsletter :**

.....

**Accepte que les coordonnées du centre soient :**

**recensées dans la liste des adhérents du GRCS AURA : OUI – NON**

**communiquées aux adhérents du GRCS AURA : OUI – NON**

Fait à ..... Le ..... Signature du représentant légal et tampon

\* *Obligatoire pour les gestionnaires de centres de santé pour adhérer au GRCS ; sinon nécessité d'envoyer un argumentaire en copie du bulletin d'adhésion*

\*\* *Le montant de la cotisation dépend de la taille du gestionnaire et donc du nombre de centres de santé gérés ou adhérents (qui dépend de l'attribution d'un numéro FINESS).*