



DEMANDE D'ADHESION 2018/2019

Nom de l'organisme :

Activité (en lien avec l'objet du Lab Santé Ile-de-France) :

.....
.....
.....
.....

Site web :

Représentant de l'organisme (nom, prénom) :

Fonction :

Email : Téléphone :

Adresse :

Code postal : Commune :

Verse au Lab Santé Ile-de-France au titre de cotisation d'adhésion pour l'année 2018 la somme de
... euros

Somme en toutes lettres :

Nature du don :

Numéraire Chèque Virement bancaire

demande à être affecté dans un des collèges d'adhérents représentés au Conseil d'administration
de l'association comme prévu dans ses Statuts :

Collège public Collège privé

Je m'engage à respecter en adhérant au Lab Santé Ile-de-France les statuts, le règlement intérieur ainsi
que la charte de déontologie de l'Association

Un lien vers le site internet de mon organisme pourra être fait à partir du site Internet du Lab Santé Ile-de-France.

Date et signature (avec Cachet de l'organisme) :