



BULLETIN D'ADHÉSION CSPHF 2027 EN QUALITÉ DE PERSONNE MORALE

Pour adhérer en qualité de personne morale, d'établissement ou de service à la Coordination de Soins Palliatifs des Hauts-de-France, merci de remplir ce formulaire et nous le renvoyer avec votre cotisation à cette adresse : **CSPHF, Bâtiment Douai - 5^e étage - 199 rue Colbert 59800 Lille ;**
Par email à : contact@cspf.fr ou par [HelloAsso](#).

Coordonnées

Dénomination :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Complément :

Téléphone :

Adresse email entité :

Coordonnées du correspondant dûment mandaté par la structure

NOM :

Prénom :

Adresse postale :

Code postal :

Ville :

Complément :

Téléphone :

Adresse email personnelle :

Adhésion (veuillez cocher la case correspondante)

☐

Nouvelle adhésion

☐

Renouvellement d'adhésion

Cotisation (veuillez cocher la case correspondante)

☐

35€ pour les associations bénévoles

☐

70€ pour les structures médico-sociales

☐

55€ pour les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)

☐

160€ pour les établissements de santé



BULLETIN D'ADHÉSION CSPHF 2027 EN QUALITÉ DE PERSONNE MORALE

✓ Règlement (veuillez cocher la case correspondante)

- ☐ Chèque libellé à l'ordre de la CSPHF d'un montant de €
(joint au bulletin d'adhésion 2027)
- ☐ Versement de la cotisation par virement bancaire de €
IBAN : FR76 4255 9100 0008 0232 9103 978 (Merci de préciser l'année et l'objet du virement)

✓ Donation (veuillez cocher la case correspondante)

- ☐ Je souhaite faire un don à la CSPHF à hauteur de €
(toute donation d'une personne physique donne droit à un abattement fiscal)
- ☐ Je ne souhaite pas faire de don à la CSPHF.

✓ Autorisation (veuillez cocher la case correspondante)

- ☐ J'autorise la CSPHF à m'envoyer par mail toutes les communications nécessaires à la vie de l'association (newsletter, revue de presse, invitation à des événements, assemblée générale etc.).
- ☐ Je n'autorise pas la CSPHF
- ☐ Je déclare avoir pris connaissance de la Charte et des statuts de la Coordination de Soins Palliatifs des Hauts-de-France et souhaite y adhérer.

Fait à :

Date :

Signature et/ou cachet :



www.csphf.fr



contact@csphf.fr



Coordination Régionale des
Soins Palliatifs Hauts-de-France