



BULLETIN D'ADHÉSION CSPHF 2027 À TITRE INDIVIDUEL, PERSONNE PHYSIQUE

Pour adhérer à titre individuel, en qualité de personne physique 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@cspfh.fr ou par [HelloAsso](#).

Coordonnées

NOM :

Prénom :

Adresse postale :

Complément :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse email :

Adhésion (veuillez cocher la case correspondante)

☐ Candidature d'adhésion (18€)
(Art. 5 des statuts et Art. 1 du R.I.)

☐ Renouvellement d'adhésion (18€)

Pour une nouvelle adhésion individuelle, les statuts prévoient à ce que vous soyez parrainé par un membre de la CSPHF, à défaut, un membre du bureau vous contactera

Parrainage (pour toutes les nouvelles demandes d'adhésion uniquement)

NOM et coordonnées du parrain :

Présentation rapide (profil, expériences et parcours professionnel et/ou associatif) :

Motivations pour adhérer à la CSPHF :



BULLETIN D'ADHÉSION CSPHF 2027 À TITRE INDIVIDUEL, PERSONNE PHYSIQUE

✓ 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