

BULLETIN D'ADHESION AU GIP RSQR – ANNEE 2021

Nom de l'établissement :
 Adresse :
 Nom et prénom du représentant légal :
 Fonction :
 Tél: E-mail :

Désignation de la personne référente à contacter : *Chaque entité adhérente du réseau désigne une personne physique pour la représenter. Cette personne, ainsi que le représentant légal de l'entité, ont droit à **une voix délibérative** lors des Assemblées du Réseau. Cette personne est également désignée pour être le contact référent du réseau (appels à participation aux projets, communication, etc.).*

Nom et prénom:
 Fonction :
 Service :
 Tél: E-mail :

- Je désire adhérer au G.I.P. **Réseau Santé Qualité Risques des Hauts-de-France.**
 J'ai pris connaissance de la convention constitutive du GIP disponible sur le site internet du réseau www.rsqr-hdf.com/le-reseau/qui-sommes-nous/article/presentation

J'ai pris note que l'adhésion me permet de :

- participer à titre gracieux aux activités du réseau
- solliciter le réseau pour les informations correspondant à nos besoins
- bénéficier de tarifs préférentiels pour les formations et accompagnements.

Nous estimons la cotisation annuelle de votre structure à euros*.

Si votre établissement utilise la dématérialisation des factures via le portail **Chorus Pro**, merci d'indiquer :

Le numéro d'identification de votre établissement (n°SIRET) :
 Le code service destinataire de la facture de cotisation :
 Le numéro d'engagement si obligatoire :

Si votre organisation n'est pas concernée par ce dispositif, merci d'indiquer les coordonnées de la personne ou du service destinataire de l'appel à cotisation :

Nom et prénom : Service :
 Mail : Téléphone :

*Merci de corriger en cas d'erreur et de joindre la copie du compte administratif où figure le montant des produits réalisés en 2019.

Fait à ,
 le
 Signature du responsable et cachet de l'établissement