

BULLETIN D'ADHESION AU GIP RSQR – ANNEE 2022

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 2020.

Fait à,

le

Signature du responsable et cachet de l'établissement