

BULLETIN D'ADHESION AU GIP RSQR – ANNEE 2026

Nom de l'établissement :
 Adresse :
 Statut : ☐ Public ☐ Privé ☐ ESPIC ☐ Autre
 Activité principale dominante (en nombre de lits) : ☐ Sanitaire ☐ médico-social
 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.

Montant de la cotisation annuelle de votre structure :euros*.

*Selon le barème des cotisations. Merci de joindre la copie du compte administratif où figure le montant des produits réalisés en 2024.

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

Le numéro d'identification de votre établissement (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 :

Fait à,

le

Signature du responsable et cachet de l'établissement