

**Je soussigné(e) :**

NOM : \_\_\_\_\_ SERVICE : \_\_\_\_\_  
PRENOM : \_\_\_\_\_  
TEL (personnel) : \_\_\_\_\_ TEL (professionnel) : \_\_\_\_\_  
MAIL (personnel) : \_\_\_\_\_  
EMPLOYEUR :  CH de Cornouaille  Autre : \_\_\_\_\_  
SITE :  Quimper  Concarneau  Autre : \_\_\_\_\_  
STATUT :  Actif  Retraité

**Déclare :**

Adhérer à l'amicale du personnel du Centre Hospitalier de Cornouaille Quimper et Concarneau pour la somme annuelle de 14€, cotisation au titre de l'année civile 2020.

- Pour les actifs du Centre hospitalier de Cornouaille, l'adhésion sera effective après le prélèvement sur le salaire, une fois par an, renouvelable chaque année, sauf dénonciation écrite de ma part.
- Pour le personnel ayant un autre employeur (ex : disposition), l'adhésion sera effective après encaissement par chèque à l'ordre de : amicale du personnel du CHIC.
- Pour les retraités du Centre hospitalier de Cornouaille, l'adhésion sera effective après encaissement par chèque à l'ordre de : amicale du personnel du CHIC.

Votre conjoint (e) est-il (elle) adhérent (e) à CEZAM dans son entreprise :  OUI  NON

Carte supplémentaire si conjoint (e) sur l'établissement : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**Souhaite :**

Etre membre du conseil d'administration

**Date et signature**