

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 2022.

- 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) bénéficie-t-il (elle) d'un CE 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