**Renouvellement cotisation 2022**

**NOM : PRENOM :**

Etudiant(e) épidémiologie et Santé Publique1 oui / non

**Je souhaite toujours faire partie de l’association Adelf oui / non**

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse de facturation : ……………………………………………………………..………………………................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tél : ……………………………….………….Adresse Mail :………………………...…………………………

Cotisation



**Veuillez cocher les cases correspondant à votre choix dans les tableaux ci-dessous**

**Adhesion à l’ADELF uniquement - tarif par personne en euros :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cotisations individuelles** | | | | **Cotisations de groupe2**  **(à partir de 10 personnes)** | |
| **Adhesion** | **Etudiants1** | **Etudiants en Epidémiologie1** | **Juniors (<45ans)** | **Seniors**  **(>=45ans)** | **Juniors (<45ans)** | **Seniors**  **(>=45ans)** |
| ****dhésion 2022 | **20** | **Gratuit 2 ans** | **35** | **45** | **28** | **35** |
| Adhésion 2022-2024 | **40** | **20** | **85** | **115** | **64** | **85** |

**Adhesion à l’ADELF ET abonnement a la RESP pour 2022 - tarif par personne en € :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADELF 2022 + Abonnement a la RESP 2022** | **Cotisations individuelles** | | | | | **Cotisations de groupe2**  **(à partir de 10 personnes)** | |
| **Etudiants1** | **Etudiants Epidémiologie1** | **Juniors (<45ans)** | **Seniors**  **(>=45ans)** | **Juniors (<45ans)** | | **Seniors**  **(>=45ans)** |
| **** Adhésion couplée | **169** | **149** | **184** | **194** | **177** | | **184** |

**Mode de paiement : Chèque Virement3**

**DATE : …..../..../…2022**

***1*** *Internes et master de santé publique, doctorants, étudiants en épidémiologie :**Merci de joindre la photocopie de votre carte d’étudiant*

***2 A condition de faire un paiement unique pour l’ensemble des personnes du groupe, uniquement par chèque ou virement.***

***3****Merci de mentionner votre* ***nom******ou le numéro de la facture sur l’avis de virement****, qu’il soit individuel ou institutionnel*

Nouveau RIB Domiciliation bancaire ADELF

BPACA ARLAC - 00074

2, allées des Conviviales - 33700 Mérignac - France

Code Banque 10907 – Code Guichet 00074 – N° de Compte 16221230172 - clé 01

IBAN FR76 1090 7000 7416 2212 3017 201 – Adresse SWIFT (BIC) CCBPFRPPBDX

N° SIRET 503 938 797 00019 - Code APE 9499Z

Informations complémentaires



• **Année de naissance :** 19 |\_\_|\_\_| • **Sexe :** F  M 

• **Fonction ………………………………………………………………………………………………**

• **Institution de rattachement :**

**Principal**

**Secondaire** (Le cas échéant)

. Établissement de recherche public  

. Autre structure publique de recherche (Registre, INRS, etc.)  

. Enseignement supérieur (CHU, Univ. non médicale, École, etc.)  

. Administration de santé publique (ministère, administration

hospitalière, etc.)  

. Agences de santé publique  

. Observatoire de la santé  

. Organisme de protection sociale  

. Département d’Information Médicale (DIM)  

. Hôpital général (non DIM)  

. Médecine du travail  

. Médecine de prévention (Protection Maternelle et infantile,

médecine scolaire, etc.)  

. Professions de soins  

. Société privée d’étude ou de recherche  

. Mutuelle ou assurance  

. Industrie de la santé (labo pharmaceutique, matériel médical, etc.)  

. Entreprise hors secteur santé  

. Association d’usagers ou de malades, organisation syndicale, etc.  

**• Domaines d’expertise à définir par 2 mots-clés autres qu’épidémiologie**

Mot-clé 1 :…………………………………………………………………………………….………

Mot-clé 2 : ……………………………………………………………………………………………



Bulletin à retourner complété à :

[**adelf.cotisations@gmail.com**](mailto:adelf.ftb@gmail.com)