



Amicale du Personnel
Centre Hospitalier de Roanne
28 rue de Charlieu – 42328 ROANNE

Tél. : 04 77 44 38 62 – www.amicale-ch-roanne.net
Mail : amicale.personnel@ch-roanne.fr

'ADHÉSION « ACTIFS »

NOM Prénom.....

Nom de jeune fille :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° Tél. : Mail :

Service :

Déclare vouloir adhérer à l'Amicale du Personnel du Centre Hospitalier de ROANNE et m'engage à me conformer aux statuts de l'Association.

Cotisation 2024: 20 Euros

Pour toute adhésion avant le mois de mai la cotisation est prélevée chaque année sur les salaires du mois de mai par la DRH.

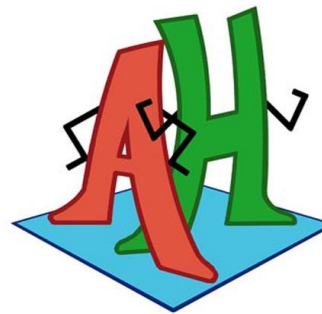
Après le mois de mai tout bulletin d'adhésion à l'Amicale doit être **accompagné d'un chèque du montant de la cotisation de 20 € à l'ordre de l'Amicale du Personnel** pour que la demande soit prise en compte.

ENFANTS		
NOM	Prénom	Date de naissance
.....
.....
.....
.....

Fait à ROANNE, le 2024

Signature

A retourner à l'Amicale du Personnel



Amicale du Personnel
Centre Hospitalier de Roanne
28 rue de Charlieu – 42328 ROANNE

Tél. : 04 77 44 38 62 – www.amicale-ch-roanne.net
Mail : amicale.personnel@ch-roanne.fr

**AUTORISATION
DE PRÉLÈVEMENT**

Je soussigné (e),

autorise le prélèvement de la cotisation de l'Amicale du Personnel par la Direction des Ressources Humaines.

Ce prélèvement sera effectué directement sur une de mes rémunérations.

Fait à ROANNE, le 2024

Signature

A retourner à l'Amicale du Personnel