



Amicale du Personnel  
du Centre Hospitalier de Roanne

## 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



Amicale du Personnel  
du Centre Hospitalier de Roanne

## 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

### BULLETIN D'ADHÉSION « ACTIFS »

NOM ..... Prénom.....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

N° Tél. : ..... Mail : .....

Matricule Agent (sur votre fiche de paie) : .....

Service : .....

Les informations nominatives que vous renseignez sur ce formulaire sont à usage exclusif de l'Amicale du Personnel du CH de Roanne qui s'engage à ne pas les diffuser.

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 par la DRH sur les salaires du mois de mai, renouvelable chaque année, sauf dénonciation écrite de votre part.

**Après cette date** 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*

### 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*