



Demande d'adhésion individuelle Je souhaite devenir membre de la SFAP

Formulaire à renvoyer à la SFAP, 106 avenue Émile Zola - 75015 - Paris
**Tout dossier incomplet ne pourra pas être instruit par la commission d'adhésion
qui demandera systématiquement de le compléter.**

Voici les renseignements nécessaires à mon inscription dans le fichier des adhérents de la SFAP :

Nom : _____ Prénom : _____	
Adresse personnelle : _____ _____	
Code postal : _____	Ville : _____
Tél. personnel : ____/-____-____-____-____ E-mail personnel : _____@_____	
Profession : _____	
Adresse professionnelle : _____ _____	
Code postal : _____	Ville : _____
Tél. prof. : ____-____-____-____-____ E-mail prof.: _____@_____	

N.B.: dans le cas d'une demande d'un bénévole d'accompagnement, veuillez nous faire parvenir une attestation justifiant de votre adhésion à l'association de bénévoles d'accompagnement.

En quelques mots, voici les raisons qui motivent ma demande d'adhésion :

En rejoignant la SFAP, je m'engage à respecter ses positions éthiques, et notamment celles qui sont définies par la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement, en préambule des statuts.

**Ma candidature est parrainée par l'adhérent de la SFAP, indiqué ci-dessous, à jour de sa cotisation
CE PARRAINAGE EST OBLIGATOIRE**

(vous pouvez contacter le secrétariat de la SFAP si vous ne connaissez pas d'adhérent)

Je soussigné (e): Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

déclare être membre de la SFAP, à jour de ma cotisation, et parrainer la demande d'adhésion de:

Nom : _____ Prénom : _____

Le ____/____/20

Signature du parrain/marraine :

Je souhaite recevoir les informations de la SFAP (Bulletin, infos adhérents...) par la poste par e-mail

Vous trouverez ci-joint mon règlement de cotisation d'un montant de 45 €.

Un reçu fiscal me sera adressé, **en fin d'année**, après acceptation de mon adhésion par le conseil d'administration de la SFAP.

Le ____/____/20

Signature :