



BULLETIN D'ADHESION PERSONNES MORALES

(Associations de bénévoles, Etablissements de santé ou apparentés, Fondations, structure hors établissement de soins, autres personnes morales...)

À retourner par courrier : SOCIETE FRANCAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS
SFAP 106 avenue Emile Zola - 75015 PARIS - Association reconnue d'utilité publique

Réservé SFAP : Collège :

Règlement : Espèces - Chèque : SG/ BNP/ CA/ CM/ LBP/ BRED/INGD.....

Validation CA : / / 20

Montant : € Date : / / 20.....

NOTRE INSTITUTION SOUHAITE ADHERER A LA SFAP

Tout dossier incomplet ne pourra pas être instruit par la commission d'adhésion qui demandera systématiquement de le compléter

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

Profession sollicite l'adhésion de l'entité juridique dont je suis responsable en tant que :

Je certifie avoir le pouvoir d'engager la structure dans cette demande.

► **COORDONNEES**

Nom de la structure :

Type :

- Association de bénévoles Centre Hospitalier Clinique HAD
 EHPAD ESMS Autre (à préciser)

Objet social (statuts) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Email :

Téléphone : Fax :

Site Internet :

► **LES RAISONS QUI MOTIVENT L'ADHESION**

.....
.....
.....



Rejoignez nous sur Facebook
#SFAP



► **En rejoignant la SFAP, je m'engage à respecter les positions éthiques, et notamment celles qui sont définies par la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement, qui figurent en préambule de ses statuts sur le site de la SFAP : <http://www.sfap.org/node/63>**

► **LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT A LA DEMANDE**

Tout dossier incomplet ne pourra pas être instruit par la commission d'adhésion.

1. Formulaire d'adhésion rempli,
2. Statuts de l'organisation,
3. Déclaration officielle de création (en préfecture ou dans toute autre instance) publication au JO ou extrait KBIS ou numéro SIRET, FINESS etc.
4. Déclaration officielle des modifications éventuelles intervenues depuis la création (en préfecture ou dans toute autre instance), publication au J.O
5. PV de la dernière assemblée générale s'il existe,
6. Rapport moral et/ou Rapport d'activité de l'année écoulée,
7. Rapport financier de l'année écoulée

Pour les associations :

8. Liste des dirigeants (selon l'identité juridique : CA, président, secrétaire général, directeur, coordinateur...) en indiquant le nom et la profession de chaque membre du bureau,
9. Montants des cotisations de votre organisation fixés par l'instance délibérative pour l'année en cours,
10. Nombre d'adhérents à jour de leur cotisation au 31 décembre de l'année écoulée.

Pour les autres personnes morales :

8. Extrait du projet d'établissement relatif aux soins palliatifs ou annexe CPOM relatif aux soins palliatifs
9. Liste des membres du conseil d'administration ou du conseil de surveillance (selon l'identité juridique : CA, président, secrétaire général, directeur, coordinateur...)

► **MONTANT DE LA COTISATION : 100 €**

(règlement à joindre au bulletin d'adhésion chèque à l'ordre de la SFAP)

J'accepte de figurer dans l'annuaire des adhérents Oui Non

Cet annuaire est uniquement accessible sur le site intranet de la SFAP, réservé aux adhérents, avec les items nom de l'organisation, email, département...

Fait à le/...../20.....

Signature