



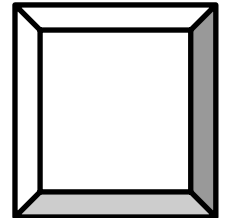
**Association Santé Humanisme et Innovation Franco-Algérienne (ASHIFA)**  
Siège social : 147 grande rue de Saint Clair – 69309 CALUIRE ET CUIRE Cedex-France  
☎ : + 33 (0)7.60.25.54.62  
[www.ashifa-sante.fr](http://www.ashifa-sante.fr) / [mailto : ashifasante@gmail.com](mailto:ashifasante@gmail.com)

## **BULLETIN D'ADHESION**

Photo ci-dessous

### **COORDONNEES :**

Titre :  Mr  Mme  
Nom : ..... Prénom : .....  
Profession : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : ..... PAYS : .....  
Numéro de téléphone : .....  
Adresse Email : .....



**COTISATION ANNUELLE :**  MEDICALE **100 €**  PARAMEDICAL ET AUTRES **50 €**

Votre bulletin d'adhésion devra obligatoirement être accompagné du règlement que vous pouvez faire :

Par chèque : Adresser le chèque à l'ordre du compte de **l'Association ASHIFA Adhérent**

Par internet : Via le site <https://www.ashifa-sante.fr>

### **Documents à fournir obligatoirement : (Tout dossier incomplet, ne sera pas pris en compte)**

- ✓ **MEDICAL : attestation d'inscription au Conseil National de l'Ordre + n° RPPS/ADELI**
- ✓ **PARAMEDICAL : attestation d'inscription à l'Ordre National des Infirmiers + n° d'ordre/ADELI**
- ✓ **Curriculum vitae + Attestation d'employeur**
- ✓ **Photocopie de votre passeport**
- ✓ **Attestation d'assurance responsabilité civile**

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association : **ASHIFA**

**A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur et les valeurs dont j'ai pris connaissance par la charte qui sont mis à ma disposition sur le site et dans les locaux de l'association.**

**Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous au secrétariat de l'association.**

Je reconnais avoir lu la politique de confidentialité et l'accepter

**Droit d'accès et de rectification : vous pouvez, en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), en vigueur depuis le 25/05/2018, avoir accès aux données vous concernant ; vous pouvez demander leur rectification et leur suppression.**

J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours

À ..... Le .....

Signature

(Faire précéder la mention « Lu et approuvé ») .....