



Coordination Régionale des Soins Palliatifs d'Ile-de-France

## Bulletin d'adhésion à la CORPALIF – Année 2018

### POURQUOI ADHERER ?

- la **CORPALIF** a besoin de votre soutien pour continuer à être force de rassemblement et de représentativité en soins palliatifs en Ile-de-France.
- la **CORPALIF** ne vit que **pour** et **PAR** ses adhérents, dont le nombre accroît et assoit sa représentativité.
- la **CORPALIF** a besoin de tous ses membres pour continuer à développer ses projets et actions, ainsi que ses missions de communication, de réflexion et de valorisation de l'offre existante de soins palliatifs en Ile-de-France.
- La **CORPALIF** doit pouvoir continuer à vous offrir des espaces de rencontres, de formations, de réflexions.
- La **CORPALIF** ne peut exister sans chacun d'entre nous.

Chèque à libeller à « CORPALIF » et bulletin d'adhésion à adresser à :

Dr Michel DENIS, Trésorier de la CORPALIF, Unité Douleur et Soins Palliatifs, Hôpital Sainte Périne, Pavillon ROSSINI, 4<sup>ème</sup> étage, 29 rue Mirabeau – 75 016 PARIS



Madame     Monsieur     Association

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

Profession et/ou compétence : .....

.....

Structure : .....

.....

Adresse E-mail à laquelle vous désirez recevoir le courrier de la CORPALIF *Il n'y aura aucun envoi par courrier postal*

.....

Votre cotisation pour l'année 2018 :

- 15 € à titre individuel (professionnels et autres)
- 50 € à titre collectif

> Etablir le chèque à l'ordre de la CORPALIF

Les reçus sont adressés par mail uniquement

**L'adhésion est ouverte aux personnes physiques et morales**

J'adhère en tout point à la définition des Soins Palliatifs selon les statuts de la SFAP

Signature :

*J'autorise la diffusion des informations ci-dessus et bénéficie d'un droit d'accès et de rectification en application de l'Article 34 de la Loi du 6 janvier 1978.*

*Partie à ne pas remplir*

Date d'adhésion :

N° d'adhésion :