



Montant de l'adhésion : 50€ à joindre au présent bulletin

Nom de l'Association :

Références du siège social

Nom du Responsable légal :

Fonction au sein de la structure :

Adresse du siège social

.....
.....

Tél. :Mail :

Date de création :

Objet social :

Souhaitez-vous que les échanges avec le CLABH parviennent à une autre adresse mail, en plus de celle de la structure ? Si oui, merci de préciser

Nom et Prénom de la personne référente pour les échanges avec le CLABH :

.....

Fonction de la personne référente :

Tél. :Mail :

Ressources humaines de votre structure (répondre en fonction de votre situation)

Nombre de bénévoles au niveau national :

Nombre de bénévoles au sein de l'antenne locale :

Nombre de salariés au niveau national :

Nombre de salariés au sein de l'antenne locale :

Budget annuel de votre structure :

Intervenez-vous en milieu hospitalier et/ou en maison de retraite et/ou à domicile ?

Dans l'affirmative, dans quels services/ établissements ?

PJ à fournir : Statuts / Dernier récépissé de déclaration à la préfecture

Fait à, le

Signature du représentant légal