

## BULLETIN D'ADHESION 2026 – ADACS 81

Je soussigné Madame/Monsieur.....

Souhaite adhérer à l'Association Départementale des Acteurs de la Coordination en Santé dans le Tarn (ADACS 81) dont le siège social se trouve 70 rue des Agriculteurs 81000 ALBI

- A titre personnel (complétez ci-dessous)
- Au titre de l'établissement/structure/association (préciser l'intitulé de la personne morale) :

Nom de l'établissement :

.....  
.....

Adresse complète :

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

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts de l'association et m'engage à respecter les dispositions des statuts.

NOM: .....

Prénom .....

Tél. pro: .....

Mail pro: .....

Je m'engage à régler la cotisation annuelle 2026 de :

- 10 € (personne physique) : règlement à joindre à la demande d'adhésion contre reçu
- 50 € (association) : règlement à joindre à la demande d'adhésion contre facture acquittée
- 100 € (personne morale hors association) : règlement à joindre à la demande d'adhésion contre facture acquittée.

A.....

Le.....

Signature