

ETABLISSEMENTS	COTISATION ANNUELLE	Indiquer la capacité de votre structure
Etablissements de santé : Lits et places <= 200	150,00 €	..... lits et places
Etablissements de santé : Lits et places <= 400	350,00 €	..... lits et places
Etablissements de santé : Lits et places <= 600	450,00 €	..... lits et places
Etablissements de santé : Lits et places <= 800	550,00 €	..... lits et places
Etablissements de santé : Lits et places <= 1000	650,00 €	..... lits et places
Etablissements de santé : Lits et places > 1000	800,00 €	..... lits et places
Etablissements Médico Sociaux	150,00 €	..... lits et places
STRUCTURES GCS, GIE, GIP, ...	COTISATION ANNUELLE	Indiquer le nombre de salariés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 30 salariés	150,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 60 salariés	200,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 90 salariés	250,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 120 salariés	300,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 150 salariés	350,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 180 salariés	400,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 210 salariés	450,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 240 salariés	500,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 270 salariés	550,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 300 salariés	600,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 330 salariés	650,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 360 salariés	700,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : <= 400 salariés	750,00 €	..... employés
SIH - GIE - GIP – GCS, ... : > 400 salariés	800,00 €	..... employés
AUTRES	COTISATION ANNUELLE	
Associations	100,00 €	
Ecoles (formant aux TIC dans le domaine de la Santé)	100,00 €	

RAISON SOCIALE	
Nom de l'établissement ou de la structure	/ _____ /
Direction ou service de rattachement	/ _____ /
Adresse	/ _____ /
Code Postal	/ _____ / Ville / _____ /
Tél	/ _____ / Fax / _____ /
Représenté par (Nom / Prénom)	/ _____ / Fonction / _____ /

FACTURATION
Adresse de facturation - Service / _____ /
Adresse si différente / _____ /
Code Postal / _____ / Ville / _____ /

L'établissement désigné ci-dessus s'acquittera d'une cotisation annuelle de _____ €.

Je soussigné atteste avoir pris connaissance des statuts et du Règlement Intérieur et souhaite de ce fait adhérer à l'Association des Technologies de Communication Hospitalière. (Sur demande auprès du secrétariat ou téléchargeable sur le site www.athos.asso.fr).

Fait à / _____ / le / ____ / ____ / _____ /

Signature et cachet
de l'Établissement :

A renvoyer :

✉ : Secrétariat ATHOS - Hôpitaux de Lannemezan - BP 90167 - 65300 LANNEMEZAN
 ☎ : 05 62 99 56 39
 ✉ athos@athos.asso.fr

CORRESPONDANTS AUPRÈS DE L'ASSOCIATION (conformément à l'article 8 des statuts et 10-1 du Règlement Intérieur)**Représentant de l'établissement pour siéger à l'Assemblée Générale :**

Nom / Prénom / _____ / Fonction / _____ /

Direction ou service de rattachement / _____ /

Téléphone / _____ / Mail / _____ /

 *J'accepte qu'en tant que membre de l'Association, mes coordonnées soient diffusées dans l'annuaire réservé aux adhérents***Correspondant principal auprès de l'association :**

Nom / Prénom / _____ / Fonction / _____ /

Direction ou service de rattachement / _____ /

Téléphone / _____ / Mail / _____ /

 *J'accepte qu'en tant que membre de l'Association, mes coordonnées soient diffusées dans l'annuaire réservé aux adhérents***Autres correspondants destinataires des informations de l'association → remplir liste au recto**

Les correspondants ci-dessous recevront par mail et courrier toutes les informations concernant l'activité de l'association.

CORRESPONDANTS AUPRÈS DE L'ASSOCIATION (conformément à l'article 8 des statuts et 10-1 du Règlement Intérieur)**Correspondant 1 :**

Nom / Prénom / _____ / Fonction / _____ /

Direction ou service de rattachement / _____ /

Téléphone / _____ / Mail / _____ /

 *J'accepte qu'en tant que membre de l'Association, mes coordonnées soient diffusées dans l'annuaire réservé aux adhérents***Correspondant 2 :**

Nom / Prénom / _____ / Fonction / _____ /

Direction ou service de rattachement / _____ /

Téléphone / _____ / Mail / _____ /

 *J'accepte qu'en tant que membre de l'Association, mes coordonnées soient diffusées dans l'annuaire réservé aux adhérents***Correspondant 3 :**

Nom / Prénom / _____ / Fonction / _____ /

Direction ou service de rattachement / _____ /

Téléphone / _____ / Mail / _____ /

 J'accepte qu'en tant que membre de l'Association, mes coordonnées soient diffusées dans l'annuaire réservé aux adhérents