

Je soussigné,

Mme/Melle/M ..... (personne physique)

Ou

.....(personne morale) représentée par .....

Souhaite être **membre de l'association EPI SANTE SAVOIE** au titre du collègue :

- Acteurs du secteur de la santé**  
(personne physique uniquement)
- Partenaires économiques et financiers**
- Université, Recherche et Développement, Formation**
- Etablissements de soins et de santé, réseaux de santé, association d'usagers de santé, associations sportives et organisations professionnelles de la santé**
- Partenaires institutionnels**

En versant une cotisation annuelle de

- 20 €**(personne physique)
- 200 €**(personne morale)

En faisant un don de

.... K€

à l'association EPI SANTE SAVOIE, 180 rue du Genevois, 73000 Chambéry

Versement par :

- Chèque bancaire à l'ordre d'EPI SANTE SAVOIE
- Virement

Fait pour valoir ce que de droit,

Signature

Reçu le .. / .. / ....