

# BULLETIN D'ADHÉSION 2020

(du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre)

NOM :

PRÉNOM :

FONCTION :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

TYPE D'ÉTABLISSEMENT :

CHU

CHS

CH

AP-HP

AP-HM

AUTRE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TÉLÉPHONE :

MAIL PROFESSIONNEL :

## TARIFS D'ADHÉSION

### ARTICLE 6 TER (rappel des statuts)

Les cotisations sont calculées en fonction des facultés contributives de chaque membre, en se basant sur le budget total de l'établissement [ somme des classes 6 (exploitation) ; réalisé du dernier exercice clos des différents budgets, déduction faite des remboursements de frais des budgets annexes au budget principal inscrits au compte 7087 du budget principal], portées au compte financier de l'année n-1 de l'établissement, réparti comme suit :

Jusqu'à 70 millions de ressources : 1 000 €

Au-delà de 70 millions d'euros de ressources : 1 300 €

CHU, AP-HP : 2 700€

Cocher la case correspondant au statut de votre établissement

**Ce bulletin tient lieu d'appel à paiement** qui doit être réalisé avec le RIB figurant ci-dessous.



Une fois le virement effectué, merci de bien vouloir renvoyer cette fiche dûment remplie, signée et portant le cachet de l'établissement par mail à : [Bruno.Valliccioni@ch-toulon.fr](mailto:Bruno.Valliccioni@ch-toulon.fr)

## BULLETIN D'ADHÉSION 2020

(du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre)

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE			
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE			
TITULAIRE DU COMPTE : RESO			
DOMICILIATION : ST LO CENTRE VILLE (01890)			
Banque	Guichet	n° de compte	Clé RIB
30003	01890	00037265705	61
Identification internationale (IBAN)			
IBAN FR76 3000 3018 9000 0372 6570 561			
Identification internationale de la banque (BIC)			
SOGEFRPP			

Si le règlement se fait par chèque, il doit être libellé à l'ordre de : RESO

Et adressé à : Docteur Willy Bruno VALLICCIONI  
Trésorier du Club RESO  
Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon la Seyne sur Mer  
Direction des services informatiques  
54 avenue Sainte Claire Deville  
83056 TOULON Cedex

**Attention, l'adhésion ne sera validée qu'à réception du règlement de la cotisation annuelle. Merci**

Signature :

Cachet de l'établissement :

