

BULLETIN D'ADHÉSION 2025

(du 1^{er} janvier au 31 décembre)

NOM :

PRÉNOM :

FONCTION :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

TYPE D'ÉTABLISSEMENT : CHU CH AP-HP AUTRE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TÉLÉPHONE :

MAIL PROFESSIONNEL :

TARIFS D'ADHÉSION 2025

ARTICLE 6 ter : Cotisations

Les cotisations sont calculées en fonction des facultés contributives de chaque membre, en se basant sur les recettes totales du budget principal, portées au compte financier de l'année n-1 de l'établissement, réparti comme suit :

- Jusqu' à 70 millions de ressources : 1 600 €
- Au-delà de 70 millions de ressources : 2 500 €
- Centre hospitalier universitaire : 3 300 €
- AP-HP : 5 000 €

Les établissements supports de GHT souhaitant faire entrer les établissements de leur GHT, bénéficient du Pack GHT :

- L'établissement support garde sa cotisation annuelle de 1 600 €, 2 500€ ou 3 300 €, proportionnel à ses ressources.
- Il versera 600 € par « établissement parti de GHT ». Si le nombre d'établissements du GHT devant adhérer est supérieur à 5 (établissement support compris), nous ne facturons pas les établissements supplémentaires.



1/ Faire une adhésion pour un établissement :

Cocher la case correspondant au statut de votre établissement :

- Jusqu'à 70 millions de ressources : 1 600 €
- Au-delà de 70 millions d'euros de ressources : 2 500 €
- CHU : 3 300 €
- AP-HP : 5 000 €

2/ Faire une adhésion de GHT :

- Nous sommes établissements support de GHT

Cocher la case correspondant au statut de l'établissement support :

- Jusqu'à 70 millions de ressources : 1 600 €
- Au-delà de 70 millions d'euros de ressources : 2 500 €
- CHU : 3 300 €
- AP-HP : 5 000 €
- Plusieurs établissements de notre GHT, ont déployé ORBIS et intègrent RESO : soit 600 € par établissement supplémentaire. Nous ne facturerons pas au-delà de 5 établissements.

Etablissements du GHT possédant ORBIS - Nom des établissements concernés :

1. .
2. .
3. .
4. .
5. .

Nous faisons remarquer qu'une seule facture sera émise pour un bulletin d'adhésion de GHT. Nous vous remercions de votre compréhension.

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 : coordination@club-reso.fr



BULLETIN D'ADHÉSION 2025

(du 1^{er} janvier au 31 décembre)

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE			
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE			
TITULAIRE DU COMPTE : RESO			
DOMICILIATION : ST LO CENTRE VILLE (01890)			
Banque 30003	Guichet 01890	n° de compte 00037265705	Clé RIB 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 :

Claire LAUNEY
Coordinatrice du Club RESO
Centre Hospitalier Mémorial
Direction des services informatiques
715 rue Dunant
50000 SAINT LO

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

Signature :

Cachet de l'établissement :

