



BULLETIN D'ADHESION POUR ETABLISSEMENTS SANTE OU APPARENTES

À retourner par courrier :

SOCIETE FRANÇAISE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS PALLIATIFS (SFAP)
106 avenue Emile Zola - 75015 PARIS
Association reconnue d'utilité publique

Notre structure souhaite devenir membre de la SFAP, au titre de personne morale. Les 2 pages du formulaire sont à renvoyer à la SFAP, 106 avenue Émile Zola, 75015 Paris. **Tout dossier incomplet ne pourra pas être instruit par la commission d'adhésion qui demandera systématiquement de le compléter.**

Je soussigné(e) Nom : Prénom : sollicite l'adhésion

de l'entité juridique dont je suis responsable en tant que :

je certifie avoir le pouvoir d'engager la structure dans cette demande

► NOS COORDONNEES

Nom de la structure :

Forme juridique :

Type : Centre hospitalier, clinique HAD
 EHPAD, ESMS Autre

Objet social (statuts) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Email :

Téléphone : Fax :

Site Internet :

► LES RAISONS QUI MOTIVENT NOTRE ADHESION

En rejoignant la SFAP, je m'engage à respecter ses positions éthiques, et notamment celles qui sont définies par la charte des soins palliatifs et de l'accompagnement, en préambule des statuts.



Rejoignez nous sur Facebook
#SFAP



► PARRAINAGE OBLIGATOIRE

Notre candidature est parrainée par l'**administrateur de la SFAP** indiqué ci-dessous, et obligatoirement extérieur à la structure

Je soussigné(e) Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

déclare être membre de la SFAP, à jour de ma cotisation, et parrainer la demande d'adhésion de la structure :

Fait à :

Le :/...../.....

Signature marraine/parrain :

joindre un écrit du parrain qui précise sa motivation pour soutenir cette candidature

► PARRAINAGE OBLIGATOIRE

Notre candidature est parrainée par **un autre adhérent à la SFAP** indiqué ci-dessous, **à jour de sa cotisation**, impliqué dans les soins palliatifs et obligatoirement extérieur à la structure

Je soussigné(e) Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

déclare être membre de la SFAP, à jour de ma cotisation, et parrainer la demande d'adhésion de la structure :

Fait à :

Le :/...../.....

Signature marraine/parrain :

joindre un écrit du parrain qui précise sa motivation pour soutenir cette candidature

► LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE

Tout dossier incomplet ne pourra pas être instruit par la commission d'adhésion.

1. Formulaire d'adhésion rempli, accompagné des parrainages signés par les adhérents de la SFAP à jour de cotisation comme indiqué ci-dessus
2. Statuts de l'organisation
3. Déclaration officielle de création (en préfecture ou dans toute autre instance) publication au J.O ou extrait KBIS ou numéro SIRET, FINESS etc.
4. Déclaration officielle des modifications éventuelles intervenues depuis la création (en préfecture ou dans toute autre instance), publication au J.O
5. PV de la dernière assemblée générale s'il existe,
6. Rapport moral et/ou Rapport d'activité de l'année écoulée,
7. Rapport financier de l'année écoulée,
8. Extrait du projet d'établissement relatif aux soins palliatifs ou annexe CPOM relatif aux soins palliatifs
9. Liste des membres du conseil d'administration ou du conseil de surveillance (selon l'identité juridique : CA, président, secrétaire général, directeur, coordinateur...)

► **MONTANT DE LA COTISATION : 120 €**