

**Réseau de Santé - Cancérologie, Soins de Support et Soins Palliatifs**

*Siège social et bureaux de Scop, association de la loi de 1901 : 4 rue Kléber, 92300 Levallois*  
Tél. 01 47 15 09 76 – Fax 01 47 15 09 82

**FORMULAIRE D'ADHESION à « SCOP »**

**Toute personne physique ou morale**

Je soussigné(e) Dr / M / Mme .....

.....

Fonction : .....

Etablissement .....

Exerçant à (coordonnées) : .....

Demeurant à : .....

N° ADELI : ..... N° SIRET : .....

Tél. .... fax: .....

**Mail** : .....

demande à adhérer à l'association SCOP dont les statuts peuvent être consultés sur le site internet [www.reseauscop.org](http://www.reseauscop.org)

Veillez trouver ci-joint le règlement de ma cotisation annuelle, soit :

- 10 € (dix euros) pour les personnes physiques (professionnels de santé, tout particulier)**
- 200 € (deux cents euros) pour les personnes morales (établissements de santé, associations, sociétés)**
- Je souhaite également faire un don à SCOP de : ..... euros pour soutenir les actions du réseau

Règlement total de : ..... par chèque à l'ordre de SCOP  
à faire parvenir à : Association SCOP, 4 rue Kléber, 92300 Levallois

Fait à ....., le .....

Signature - cachet

Un reçu vous parviendra dès réception de votre règlement