

Nom :	Prénom :
Nom de jeune fille :	Date de naissance :
Position : (activité, détachement, retraite...)	Classe :
Cycle long ¹ ☐	N° de promotion :
Tour extérieur ² ☐	Publication au JO n°:
Autre ³ ☐ (Prière de joindre une demande d'adhésion par écrit)	
Fonction :	
Etablissement :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Ligne directe prof. :	Fax prof. :
Mail :	

1 Art. 4, al. 1, 2, 3, 4 des statuts: « [...] Peuvent adhérer : 1. Les élèves et anciens élèves directeurs de 3e classe visés à l'article 2 du décret n° 2000-232 du 13 mars 2000. 2. Les anciens assistants visés aux articles 16 et 20 du décret n° 69.662 du 13 juin 1969, modifié. 3. Les anciens stagiaires et assimilés directeurs d'hôpital visés à l'article 14 du décret n° 60.805 du 2 août 1960. 4. Les anciens élèves directeurs de 4e classe visés à l'article 9 du décret n° 88.463 du 19 février 1988 (cadre d'extinction). [...] » 2 Art. 4, al. 5 des statuts: « [...] Les membres du corps de directeur d'hôpital ayant effectué soit un cycle long d'accès à la profession, soit un stage statutaire à l'ENSP (dans le futur, Ecole des hautes études en santé publique) lié à la prise de fonction. » 3 Art. 4, al. 6 des statuts: « [...] Les membres du corps de directeur d'hôpital ayant, par leurs fonctions professionnelles, des liens avec l'ENSP (dans le futur Ecole des hautes études en santé publique) et/ou ayant réalisé des travaux professionnels ou des formations au bénéfice de l'Ecole et/ou ayant défendu les intérêts de l'Ecole. Dans ce cas, l'adhésion se fait sur demande expresse et motivée de l'intéressé et sur décision du conseil d'administration prise au cas par cas. »



Adhérer à l'ADH, c'est bénéficier de services :

- la protection juridique du directeur d'hôpital avec le concours de la GMF : défense pénale, défense civile, disciplinaire, financière et recours pour violences volontaires, injures, diffamation... (détails du contrat sur le site www.adh-asso.org) ;
- une hotline avocats 24h/24, 7j/7j ;
- une hotline assistance psychologique pour les collègues en difficulté 24h/24, 7j/7j ;
- un conseil de proximité pour les collègues en difficulté grâce au correspondant juridique directeur d'hôpital ADH ;
- l'abonnement à la revue le JADH ;
- l'Annuaire des Elèves et Anciens Elèves, dernière version actualisée ;
- la carte professionnelle ;
- des invitations aux congrès, salons, conférences dont l'Association est partenaire ;
- des appels à participation à des groupes de travail et de réflexion sur le métier de DH ;
- un accès personnalisé à votre espace professionnel en ligne sur www.adh-asso.org

NB : les services et produits liés à l'adhésion sont valables 12 mois à compter de l'enregistrement de la cotisation

TARIFS 2017

TARIFS 2017

TARIFS 2017

■ Paiement par prélèvement automatique

Réduit les frais de gestion de l'Association et fait bénéficier d'un tarif préférentiel

■ DH en exercice : 58€

■ EDH/DH en disponibilité sans emploi/DH retraités : 30€

NB : retournez par courrier le bulletin d'adhésion complété avec le formulaire d'autorisation SEPA signé

■ Paiement par chèque à l'ordre de l'ADH

■ DH en exercice : 69€

■ EDH : 30€

■ DH en disponibilité sans emploi/DH retraités : 35€

Les pièces sont à adresser à :

✉ Trésorerie nationale ADH

Permanence ADH – CH Sainte-Anne– 1 rue Cabanis 75014 Paris Cedex

Référence Unique du Mandat	MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA																										

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ADH à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ADH

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom *																										
	Nom / Prénoms du débiteur																									
Votre adresse*																										
	Numéro et nom de la rue																									
																										
	Code Postal Ville																									
																										
	Pays																									
Les coordonnées de votre compte *																										
	Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)																									
																										
	Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)																									
Nom du créancier *	Association des directeurs d'hôpital - ADH																									
																										
	Nom du créancier																									
I. C. S *	F R 9 0 Z Z Z 5 0 5 6 0 3																									
	Identifiant Créancier SEPA																									
Adresse du créancier	Centre Hospitalier Sainte-Anne -Permanence ADH																									
	1 rue Cabanis																									
																										
	Numéro et nom de la rue																									
	7 5 0 1 4																									
	Code Postal Ville Paris																									
																										
	Pays France																									
Type de paiement *	Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐																									
Signé à *																										
	Lieu Date																									
Signature(s) *	Veuillez signer ici																									

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif

Code identifiant du débiteur	
	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	
	Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre {NOM DU CREANCIER} et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
	Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.
	
	Code identifiant du tiers débiteur
Tiers créancier	
	Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.
	
	Code identifiant du tiers créancier
Contrat concerné	
	Numéro d'identification du contrat
	
	Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à: Association des directeurs d'hôpital – ADH -Centre Hospitalier Sainte-Anne -Permanence ADH -1 rue Cabanis-75014 Paris	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier
--	---