



**BULLETIN D'ADHÉSION
" ACTIFS "**

NOM : Prénom :
Nom de jeune fille :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Téléphone : Mail :

Déclare vouloir adhérer à l'Amicale du Personnel du Centre Hospitalier du Nord-Mayenne et m'engage à me conformer aux statuts de l'Association.

Cotisation 2025 : 12 Euros

Pour toute adhésion avant le mois de mai la cotisation est prélevée chaque année sur les salaires du mois de mai par la DRH.

Après le mois de mai tout bulletin d'adhésion à l'Amicale doit être accompagné d'un chèque du montant de la cotisation de 12 € à l'ordre de l'Amicale du Personnel pour que la demande soit prise en compte.

Fait à Mayenne, le 2025

Amicale du Personnel - Centre Social
229 Boulevard Paul Lintier - 53100 MAYENNE

Mail : contact@amicalechnm.fr | **Web :** www.amicalchnm.fr



**AUTORISATION
DE PRÉLÈVEMENT**

Je soussigné(e),
autorise le prélèvement de la cotisation de l'Amicale du Personnel par la Direction des Ressources Humaines. J'autorise également le CHNM à communiquer à l'Amicale les informations personnelles nécessaires me concernant, dans le respect de la confidentialité et uniquement pour la gestion de mon adhésion.

Ce prélèvement sera réalisé directement sur votre bulletin de salaire du mois de mai.

Fait à Mayenne, le 2025

Signature

Amicale du Personnel - Centre Social
229 Boulevard Paul Lintier - 53100 MAYENNE

Mail : contact@amicalechnm.fr | **Web :** www.amicalchnm.fr