

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION

CAP SANTÉ ARMOR OUEST

Personne Morale

DÉNOMINATION :

Adresse du siège :

Tel : Mail :

Zone d'exercice :

Type d'établissements et services gérés :

- | | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ EHPAD | ☐ EHPA | ☐ SSIAD | ☐ SAAD | ☐ SPASAD | |
| ☐ MAS/FAM | ☐ FV/FOA | ☐ FH | ☐ SAVS | ☐ SAMSAH | ☐ ESAT / EA |
| ☐ IME/ITEP | ☐ SESSAD | ☐ CMPP | ☐ CAMSP | | |
| ☐ CCAS/CIAS | ☐ SASP | ☐ CLIC | | | |
| ☐ MECS | ☐ CHRS | ☐ CADA | ☐ CSAPA | ☐ ACT | ☐ MJPM / MASP |
| ☐ CH/CHS | ☐ CMP | ☐ HAD | ☐ PMI | | |
- ☐ Autre (à préciser) :

Statut¹ : ☐ Public ☐ Privé associatif ☐ Privé ☐ Mixte

En vertu de la décision de l'instance de gouvernance de l'entité juridique que je représente du.....²
je soussigné(e)....., en ma qualité de....., sollicite
l'adhésion à Cap Santé Armor Ouest dans le :

- ☐ Collège 2 des représentants des personnes morales gestionnaires des secteurs sociaux et médico-sociaux
- ☐ Collège 3 des représentants des personnes morales gestionnaires d'établissements de santé publics ou privés
- ☐ Collège 4 des représentants des personnes morales représentant les associations d'usagers ou issues d'un collectif d'associations d'usagers

Personne(s) désignée(s) pour participer aux instances de Cap Santé Armor Ouest :

Titulaire NOM : Prénom : Qualité :

Suppléant NOM : Prénom : Qualité :

Fait le à

Signature et cachet,

¹ Joindre une copie des statuts associatifs ou un extrait de Kbis pour les sociétés

² Joindre une copie datée et signée de la délibération de l'instance de gouvernance