



# RESEAU HOPITAL SANS TABAC

## BULLETIN DE COTISATION

A retourner dûment complété au Réseau Hôpital Sans Tabac, Hôpital Broussais, 102 rue Didot – 75014 PARIS accompagné de votre règlement ou preuve de virement

Je soussigné, ..... Directeur (Général)

Centre Hospitalier : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

Soutien la démarche entreprise par le Réseau hôpital sans Tabac et m'engage à l'application de sa charte.

### Tarif des Cotisations Annuelles

<b>CHU/CHRU</b>	<b>800 Euros</b>
<b>Plus de 1000 lits</b>	<b>560 Euros</b>
<b>De 500 à 1000 lits</b>	<b>320 Euros</b>
<b>De 200 à 500 lits</b>	<b>159 Euros</b>
<b>Moins de 200 lits</b>	<b>79 Euros</b>
<b>organisations/associations</b>	<b>79 Euros</b>

Nous procédons au règlement de la cotisation s'élevant à .....Euros pour l'année :

Par chèque bancaire à l'ordre du **RESEAU HOPITAL SANS TABAC**

Par virement bancaire dont les coordonnées figurent ci-dessous :

### REFERENCES BANCAIRES

Titulaire du Compte : RESEAU HOPITAL SANS TABAC  
Domiciliation Agence Société Générale : Paris Diderot

<b>Banque</b>	<b>Agence</b>	<b>Numéro de Compte</b>	<b>Clé</b>
<b>30003</b>	<b>03220</b>	<b>00050335974</b>	<b>81</b>

Fait à :

Le

Nom/Prénom Signataire :