

BULLETIN D'ADHÉSION

Nom et prénom ou raison sociale :

.....

Adresse :

.....

Téléphone :

E-mail :

- J'adhère au CNAHES
 Je renouvelle mon adhésion au CNAHES

Et verse par chèque à l'ordre du **CNAHES**,
63 rue de Croulebarbe, 75013 PARIS, une cotisation de

A..... le.....

Signature :

Montant minimum de la cotisation * :

Personnes physiques :	30 €
Associations, Fondations, Administrations, Etablissements, services :	
- Jusqu'à 50 salariés	90 €
- Au-delà de 50 salariés	120 €
Etudiants	8 €

- J'accepte de recevoir la Lettre du Cnahes par e-mail afin d'aider le Cnahes à réduire ses frais d'envoi
 Je n'accepte pas de recevoir la Lettre du Cnahes par e-mail

** Vous pouvez nous aider par une cotisation volontaire supérieure ou faire un don. Un reçu fiscal vous sera délivré.*