Les données communiquées dans ce bulletin seront traitées conformément à la réglementationRGPD

**Bulletin d’adhésion 2025**

Votre adhésion ne sera prise en compte qu’à la réception du bulletin d’adhésion et du paiement de votre cotisation.

**Remplissez uniquement UN des TROIS cadres : celui qui correspond à votre situation**

**CAS N° 1**

**Adhésion individuelle payée personnellement**

**Cotisation annuelle : 30 €**

Nom : …………………………………… Prénom : ………………………………………..

Adresse courriel : ………………………………….

N° Téléphone : …………………………….

Établissement / Organisme / Entreprise : …………………………….

Fonction santé sécurité au travail : …………………………….

Adresse : …………………………….

Complément d’adresse : …………………………….

Boite postale : ………………. Code postal : …………………. Ville : …………………………

Paiement de la cotisation par :

🞎 Chèque 🞎 Virement 🞎 Carte bleue

**CAS N° 2**

**Adhésion individuelle payée par votre organisme**

**Cotisation annuelle : 30 €**

Nom : …………………………………… Prénom : ………………………………………..

Fonction santé sécurité au travail : …………………………….

Adresse courriel : ………………………………….

N° Téléphone : …………………………….

Établissement / Organisme / Entreprise : …………………………….

Adresse…………………………….

Complément d’adresse…………………………….

Boite postale : ………………. Code postal : …………………. Ville : …………………………

Paiement de la cotisation par :

🞎 Bon de commande 🞎 Chèque 🞎 Virement 🞎 Carte bleue

Adresse de facturation …………………………………………………………….………………

…………….…………………………….……………………………………………...….………

**CAS N° 3**

**Adhésion au titre d’un service / laboratoire**

**(3 personnes maximum bénéficieront des droits donnés par une adhésion)**

**Cotisation annuelle : 50 €**

Nom du Service / laboratoire : ………………………………………….…………….…………

Organisme / Entreprise : ………….……………………………………….…………….………

Paiement de la cotisation par :

🞎 Bon de commande 🞎 Chèque 🞎 Virement 🞎 Carte bleue

Établissement / Organisme / Entreprise : …………………………….

Adresse : …………………………….

Complément d’adresse : …………………………….

Boite postale : ………………. Code postal : …………………. Ville : …………………………

**Précisez OBLIGATOIREMENT**

* Représentant 1

Nom 1 : …………………………………… Prénom 1 : ………………………………………..

Fonction santé sécurité au travail 1 …………………………….

Adresse courriel 1 : ………………………………….

N° Téléphone 1 : …………………………….

* Représentant 2

Nom 2 : …………………………………… Prénom 2 : ………………………………………..

Fonction santé sécurité au travail 2 …………………………….

Adresse courriel 2 : ………………………………….

N° Téléphone 2 : …………………………….

* Représentant 3

Nom 3 : …………………………………… Prénom 3 : ………………………………………..

Fonction santé sécurité au travail 3 …………………………….

Adresse courriel 3 : ………………………………….

N° Téléphone 3 : …………………………….

Bulletin d’adhésion à envoyer, accompagné du paiement à : [adhesion@adhys.org](mailto:adhesion@adhys.org) ou

**Sorbonne Université ADHYS**

**À l’attention de Chloé HAMEL-DELLENBACH**

**Case courrier 252**

**4 place Jussieu**

**75252 Paris Cedex 05**