



## BULLETIN DE DEMANDE D'ADHÉSION

### PRÉSIDENT

Dr Christian MONNEY  
Ancien Médecin Directeur Adjoint des  
Institutions Psychiatriques du  
Valais Romand  
La Jauguetz 1  
CH-1808 Les Monts-de-Corsier  
SUISSE  
téléphone : 41 (0) 79 449 22 83  
courriel : drchmonney-hdej@bluewin.ch

### SECRETARIAT GENERAL

Prof. J. BERTRAND  
Marie-France CHARON  
Hôpital de jour universitaire "LA CLÉ"  
Bd de la Constitution, 153  
B-4020 LIEGE  
BELGIQUE  
téléphone : 32 (0) 4 342 65 96  
fax : 32 (0) 4 342 22 15  
courriel : j.bertrand.lacle@skynet.be  
courriel : m-f.charon@skynet.be

### SECRETARIAT FRANCAIS

Dr Patrick ALARY  
Ancien psychiatre des hôpitaux  
BP 90053  
64990 MOUGUERRE  
FRANCE  
téléphone : 33 (0) 6 80 21 16 28  
courriel : patrick.alary@orange.fr

### SECRETARIAT SUISSE

Dr Christian MONNEY

URL : [www.ghjpsy.be](http://www.ghjpsy.be)

Si vous souhaitez **devenir membre du Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques** à :

- **titre individuel : cotisation annuelle 50 €**
- **titre institutionnel : cotisation annuelle 210 €**

vous pouvez adresser au secrétariat national dont vous dépendez le bulletin d'adhésion ci-dessous complété.

**La cotisation annuelle vous donne droit à :**

- être tenu régulièrement au courant de nos activités
- une priorité à l'inscription au colloque annuel dont le nombre de participants est limité
- un tarif réduit à l'inscription (cotisation institutionnelle = tarif valable pour 5 membres de l'équipe)
- une voix à l'Assemblée Générale statutaire

**Renvoyez le bulletin ci-dessous complété (en caractères d'imprimerie SVP) au secrétariat national dont vous dépendez.**

**Le règlement de votre cotisation doit désormais être effectué par un virement interbancaire :  
RIB au verso de ce bulletin**



#### **À TITRE INDIVIDUEL**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
FONCTION : \_\_\_\_\_  
ADRESSE PERSONNELLE (facultatif) : \_\_\_\_\_  
ADRESSE PROFESSIONNELLE : \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE PERSONNEL : \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL : \_\_\_\_\_  
TÉLÉCOPIE : \_\_\_\_\_ COURRIEL : \_\_\_\_\_

- Je travaille en hôpital de jour depuis 2 ans au moins  
Noms de deux parrains, membres du Comité scientifique :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_

#### **À TITRE INSTITUTIONNEL**

NOM DE L'INSTITUTION : \_\_\_\_\_  
NOM DU MÉDECIN RESPONSABLE : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ TÉLÉCOPIE : \_\_\_\_\_  
COURRIEL : \_\_\_\_\_

Noms de deux parrains, membres du Comité scientifique :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_



**BNP PARIBAS**  
**FORTIS**

**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, prélèvements, etc.). Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.

Titulaire : **Groupement des Hôpitaux de jour**

IBAN : **BE61 0011 3499 8717**

Code B.I.C. : **GEBABEBB**

**BNP PARIBAS FORTIS**

Rue de Herve 147  
4030 GRIVEGNEE  
BELGIQUE