



BULLETIN DE RENOUVELLEMENT D'ADHÉSION

PRÉSIDENT

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

SECRETARIAT GÉNÉRAL

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 FRANÇAIS

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

Vous souhaitez **renouveler votre adhésion** au **Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques** :

- à **titre individuel** : cotisation annuelle **50 €**
- à **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
- à une priorité à l'inscription au colloque annuel dont le nombre de participants est limité
- à un tarif réduit à l'inscription (cotisation institutionnelle = tarif valable pour 5 membres de l'équipe)
- à 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