**Adhésion individuelle 2021 pour les nouveaux membres**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** | **Informations à remplir** |
| Photo |  |
| Nom\* |  |
| Prénom \* |  |
| E-mail \* |  |
| Année de naissance (aaaa) |  |
| Profession |  |
| Institution de référence\* |  |
| Site web de l'institution\* |  |
| Rôle |  |
| Adresse professionnelle\* |  |
| Telephone \* |  |
| Langues préférées | * Espagnol
* Italian
* Français
* Portogaise
* Catalan
* Rumaine
 |
| Sujets d'intérêt \* | * Professionnels de la santé
* Financement
* Soins de santé et équipements
* Médicaments et technologies de la santé
* Réseaux de soins intégrés
* Organisation des services de santé
* Santé mentale
* Les maladies chroniques
* Assurance de la qualité
* Évaluation et indicateurs
* Autre - veuillez indiquer
 |
| Les projets auxquels vous participez actuellement |  |
| Projets prévus |  |
| Collaborations attendues dans le cadre d'ALASS \* |  |
| Principales publications (max. 5) |  |

\* Données obligatoires**Cotisation d’ inscription**

**Marquez l'option choisi**

|  |  |
| --- | --- |
| Quote ordinaire | * 60 euro
 |
| Pays avec quote réduit* Amerique Central et du Sud
* Europe de l ‘Est
 | * 40 euro
 |
| Quote spécial pour étudiants et les rétraites | * 30 euro
 |
| Quota exceptionnel 2021 pour soutenir l'Association \*\* | * 60 euro + \_\_\_\_ euro exceptionnel= \_\_\_\_ euro \*\*\*
* 40 euro + \_\_\_\_ euro excepcionnel= \_\_\_\_ euro \*\*\*
* 30 euro + \_\_\_\_ euro exceptionnel = \_\_\_\_ euro \*\*\*
 |

\*\* La pandémie a privé ALASS de recettes importants en 2020, principalement en raison de l'annulation de la conférence annuelle CALASS. Afin de soutenir l'association dans cette phase difficile, nous VOUS DEMANDONS un soutien exceptionnel.

\*\*\* Si le montant total payé est de 200 euros ou plus, le nom du membre bienfaiteur sera indiqué dans une section spéciale du site www.alass.org..

**Modes de paiement**

**Marquez l'option choisi**

|  |  |
| --- | --- |
| * Virement bancaire
 | Banque: BBVABIC/Swift: BBVAESMMXXXIBAN: ES89 0182 4585 54 0200016977 |
| * carte de crédit/débit
* Visa/Mastercard/Eurocard
 | Numéro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date d’expiration: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date: | Lieu: | Signature: |

**Gestion de la protection des données**

**Marquez l'option choisi**

|  |  |
| --- | --- |
| * J'autorise ALASS à publier ces informations sur la page web d'ALASS (www.alass.org), dans la partie privée réservée aux membres
 | * Sì
* No
 |
| Data: | Lieu: | Signature: |