

# CEPPRAL

COORDINATION POUR L'ÉVALUATION  
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
EN SANTÉ EN RHONE-ALPES

## BULLETIN D'ADHESION ANNEE 2010

Nom de l'Etablissement de santé :  
(tampon de l'établissement)

--

Montant de la cotisation annuelle :

		300	euros
		+	
Nombre de lits (MCO + Psy + SSR + SLD) :	..... x 2 euros	=	..... euros
Total		=	..... euros

Date : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Signatures :

Directeur de l'Etablissement

Président de la Commission Médicale d'Etablissement

---

Par avance, merci de bien vouloir **adresser par retour de courrier ce bulletin d'adhésion** à :

Coordination du CEPPRAL  
162, avenue Lacassagne  
69424 Lyon cedex 03

Le versement du montant de la cotisation peut se faire :

par chèque, à l'ordre de l'Association CEPPRAL, joint à votre bulletin d'adhésion

par virement bancaire (merci de joindre l'ordre de virement à votre bulletin d'adhésion)

Nos coordonnées bancaires : 30004 | 00623 | 00010038895 | 90 | BNP PARIBAS LYON BELLECOUR

*Une facture acquittée vous sera retournée pour accuser réception de votre paiement.*

Pour toute information complémentaire : Tél. : 04.72.11.54.60 ou 04.72.11.57.32 / Fax : 04.72.11.54.68

Courriel : [contact@ceppral-sante.fr](mailto:contact@ceppral-sante.fr)

---

# CEPPRAL

COORDINATION POUR L'ÉVALUATION  
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
EN SANTE EN RHONE-ALPES

## FICHE SIGNALÉTIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

Dans un besoin d'amélioration et de mise à jour de notre base de données, nous vous remercions de bien vouloir compléter ou corriger cette fiche signalétique et nous la retourner, soit par fax au 04.72.11.57.32, soit par courrier à l'adresse suivante : Coordination du CEPPRAL – 162, avenue Lacassagne - 69424 Lyon cedex 03.

INFORMATIONS SUR L'ÉTABLISSEMENT	
<i>Etablissement</i>	
Nom	
Adresse	
Statut	
Type d'activité (SSR, MCO, SLD...)	
Regroupement entre établissements	
<i>Direction de l'établissement</i>	
Nom du Directeur	
Fonction	
Téléphone	
Fax	
Mail	
Directeur des soins	
<i>Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles</i>	
Président de CME	
Mail	
Correspondant CEPPRAL	
Téléphone	
Mail	
Date V1	
Date V2007	
Nombre démarche V2007	
Date V2010	
Nombre démarche V2010	

Remarques : .....  
.....  
.....

Fait à ....., le .....

Signature :