

## BULLETIN D'ADHESION\* ANNEE 2012

Nom de l'Établissement 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'Établissement

Président de la Commission Médicale d'Établissement

---

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

Coordination du CEPPRAL  
162 avenue Lacassagne – Bâtiment A – 7<sup>ème</sup> étage  
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)

---

\* Cette adhésion permet aux éventuels services et structures médico-sociaux de votre établissement d'accéder également aux activités du CEPPRAL.

# CEPPRAL

COORDINATION POUR L'ÉVALUATION  
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES  
EN SANTÉ 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 04.72.11.54.68, soit par mail à [contact@ceppral-sante.fr](mailto:contact@ceppral-sante.fr), soit par courrier à l'adresse suivante : Coordination du CEPPRAL - 162, avenue Lacassagne 69424 Lyon Cedex 03.

<i>Etablissement</i>	
Nom	
Adresse	
Statut	
Type d'activité ( <i>SSR, MCO, SLD...</i> )	
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	
Date V2010	

Remarques : .....

Fait à ....., le .....

Signature :