Candidature pour rejoindre la Fondation en tant que membre associé

- Formulaire à remplir -

L'établissement

Nom : …………………………………………………………………………………………………………...

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………………………………..

**Représenté par son Président /Directeur**

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………

Fonction : ………………………………………………………………………………………………………

Courriel : ……………………………………….………………………..… Tél. : ……………………………

**Demande, après avoir pris connaissance du règlement intérieur et signé les statuts (fichiers joints ; disponibles également sur le portail d’UVED), que son établissement devienne membre associé de la Fondation UVED.**

**Coordonnées du correspondant officiel de l’établissement** (quia la responsabilité de diffuser l'information au sein de son établissement et d'en saisir le Président ou Directeur de l'établissement lorsqu'il le juge utile) :

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………

Fonction : ………………………………………………………………………………………………………

Courriel : ……………………………………….………………………..… Tél. : ……………………………

Date : … … / … … / … …

# Signature :