

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION**  
**CAP SANTÉ ARMOR OUEST**  
**Personne Morale**

**DÉNOMINATION :** .....

**Adresse du siège :** .....

**Tel :** ..... **Mail :** .....

**Zone d'exercice :** .....

**Type d'établissements et services gérés :**

- |                                    |                                 |                                |                                |                                 |                                      |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EHPAD     | <input type="checkbox"/> EHPA   | <input type="checkbox"/> SSIAD | <input type="checkbox"/> SAAD  | <input type="checkbox"/> SPASAD |                                      |
| <input type="checkbox"/> MAS/FAM   | <input type="checkbox"/> FV/FOA | <input type="checkbox"/> FH    | <input type="checkbox"/> SAVS  | <input type="checkbox"/> SAMSAH | <input type="checkbox"/> ESAT / EA   |
| <input type="checkbox"/> IME/ITEP  | <input type="checkbox"/> SESSAD | <input type="checkbox"/> CMPP  | <input type="checkbox"/> CAMSP |                                 |                                      |
| <input type="checkbox"/> CCAS/CIAS | <input type="checkbox"/> SASP   | <input type="checkbox"/> CLIC  |                                |                                 |                                      |
| <input type="checkbox"/> MECS      | <input type="checkbox"/> CHRS   | <input type="checkbox"/> CADA  | <input type="checkbox"/> CSAPA | <input type="checkbox"/> ACT    | <input type="checkbox"/> MJPM / MASP |
| <input type="checkbox"/> CH/CHS    | <input type="checkbox"/> CMP    | <input type="checkbox"/> HAD   | <input type="checkbox"/> PMI   |                                 |                                      |
- Autre (à préciser) : .....

**Statut<sup>1</sup> :**       Public       Privé associatif       Privé       Mixte

**En vertu de la décision de l'instance de gouvernance de l'entité juridique que je représente du.....<sup>2</sup> je soussigné(e)....., en ma qualité de....., sollicite l'adhésion à Cap Santé Armor Ouest dans le :**

- Collège 1 des professionnels de santé libéraux en exercice et leurs représentants
- Collège 2 des représentants des personnes morales gestionnaires des secteurs sociaux et médico-sociaux
- Collège 3 des représentants des personnes morales gestionnaires d'établissements de santé publics ou privés
- Collège 4 des représentants des personnes morales représentant les associations d'usagers ou issues d'un collectif d'associations d'usagers

**Personne(s) désignée(s) pour participer aux instances de Cap Santé Armor Ouest :**

Titulaire    NOM : .....Prénom.....Qualité : .....

Suppléant    NOM : .....Prénom.....Qualité : .....

**Fait le** ..... **à** .....

**Signature et cachet,**

<sup>1</sup> Joindre une copie des statuts associatifs ou un extrait de Kbis pour les sociétés

<sup>2</sup> Joindre une copie datée et signée de la délibération de l'instance de gouvernance