

**FORMULAIRE d’ADHESION**

**Réseau Recherche et Innovation en Centre Hospitalier**

**Réseau RICH**

**STRUCTURE D’ADHESION**

Nom de la structure : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° SIRET : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du représentant légal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du directeur en charge de la recherche clinique (nom, prénom, mail) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du coordonnateur/responsable de la recherche clinique (nom, prénom, mail) – Représentant du Réseau RICH pour votre établissement :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MONTANT DE L’ADHESION 2023 :** 500 euros (\*)

*(\*) montant validé en AG du 18/03/2022*

L’appel à cotisation se fera dans l’année.

🞏 Je souhaite adhérer au réseau RICH

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cachet et signature

Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Siège social : Hôpital NOVO, 6 avenue de l’Ile de France CS 90079, 95303 Cergy-Pontoise*

*Contact : maryline.delattre@ght-novo.fr*