

Madame, Monsieur le Président,

Nous vous prions de trouver ci-joint le dossier d'adhésion à notre Fédération composé des pièces suivantes à compléter :

- **le descriptif de votre organisme gestionnaire**
- **les caractéristiques de (ou des) (la) structure(s)**
- **le(s) formulaire(s) de cotisation pour l'année en cours**
- **le bulletin d'abonnement à la revue « *Perspective Sanitaires et Sociales* » et aux circulaires FEHAP**
- **votre demande d'adhésion signée par le Président de l'organisme gestionnaire**

Pour votre information, nous joignons au présent envoi :

- les statuts, le règlement intérieur et la charte de la FEHAP
- la plaquette de présentation de la FEHAP.

et vous en souhaitons bonne réception.

## DOCUMENTS A RETOURNER A LA FEHAP

Nous vous remercions vivement de nous retourner dûment remplis et signés les documents ci-après et de joindre à votre envoi :

- **les statuts de votre organisme gestionnaire**
- **la liste des membres du Conseil d'Administration (nom et profession).**

POUR MIEUX VOUS CONNAÎTRE

## DESRIPTIF DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE

### NOM DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE :

Adresse

Code Postal :

Commune

Tél. : ..... Fax ..... Mail .....

### NOM DU PRÉSIDENT(E) :

(afin de faciliter nos futurs échanges, il serait souhaitable, sauf opposition de votre part, que nous disposions de votre nom au sein de notre fichier adhérents\*).

Date de création : .....

N° FINESS juridique 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODE SIREN : .....

### STATUT

- Fondation
- Congrégation
- Association avec reconnaissance d'utilité publique
- Association sans reconnaissance d'utilité publique
- Organisme de Sécurité Sociale
- Organisme mutualiste
- Autre organisme privé à but non lucratif

### NOM DU DIRECTEUR GENERAL :

### STRUCTURES GÉRÉES PAR L'ORGANISME

Indiquer pour chacun d'eux le nom, l'adresse, la catégorie, le nombre de lits et places, le code FINESS géographique :

\*Conformément aux dispositions de la Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les personnes physiques disposent d'un droit d'accès et de rectification des données nominatives communiquées. Ce droit s'exerce sur simple demande auprès du siège de la FEHAP. Les informations nominatives (concernant les personnes physiques) sont destinées à la FEHAP et sont facultatives.

POUR MIEUX VOUS CONNAÎTRE

## CARACTÉRISTIQUES DE LA STRUCTURE

En cas de structures multiples, remplir un questionnaire/formulaires par structure

N° FINESS géographique

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CODE SIRET .....

CODE A.P.E. ....

Date de création .....

**NOM DE LA STRUCTURE** .....

.....

Adresse N° ..... Rue .....

.....

Code Postal ..... Commune .....

Tél. .... Fax ..... Mail .....

NOM DU DIRECTEUR(TRICE) .....

(afin de faciliter nos futurs échanges, il serait souhaitable, sauf opposition de votre part, que nous disposions de votre nom au sein de notre fichier adhérents\*).

Nombre total de lits .....et/ou places.....et/ou malades traités.....et/ou élèves.....

L'association est-elle propriétaire des murs de la structure ?  OUI  NON

AUTRE STRUCTURE, à préciser.....

.....

.....

.....

.....

\*Conformément aux dispositions de la Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les personnes physiques disposent d'un droit d'accès et de rectification des données nominatives communiquées. Ce droit s'exerce sur simple demande auprès du siège de la FEHAP. Les informations nominatives (concernant les personnes physiques) sont destinées à la FEHAP et sont facultatives.

VOTRE COTISATION 2016 :

## COMMENT LA CALCULER ?

NOM ET ADRESSE DE LA STRUCTURE :

.....  
.....

VOTRE SITUATION AU 1er JANVIER 2017

Nombre total de lits .....et/ou places .....

Nombre de consultations, d'examens ou de soins prévus en 2017 .....

Nombres d'élèves pour les centres de formation initiale.....

Nombre d'actes pour les CMPP .....

**Dépenses totales prévisionnelles 2017**      **A =** .....

POUR CALCULER VOTRE COTISATION 2017, VOUS EFFECTUEZ LES 3 OPÉRATIONS SUIVANTES :

A x 8,05/10 000      **B1 =** .....

Nombre de lits/places x 11,11€      **B2 =** .....

Nombre de lits/places x 36,72€      **B3 =** .....

Le montant de votre cotisation 2016 est égal au montant intermédiaire, c'est-à-dire celui compris entre le **moins élevé** et le **plus élevé** de ces trois résultats.

**Toutefois, le montant obtenu ne peut être inférieur à la cotisation minimale 2017 fixée à 355.52 € \***

**COTISATION 2017 :** .....

\* Aucune cotisation ne peut être inférieure à celle correspondant à un établissement de 32 lits payant une cotisation par lit au taux minimal – Titre I article 2 aliéna 5 du Règlement Intérieur.

VOTRE COTISATION 2015 :

## COMMENT LA CALCULER ?

MODALITES DE CALCUL POUR LES CONSULTATIONS ET EXAMENS :

Il est rappelé que le nombre de lits à prendre en considération pour le calcul des cotisations comprend - en ce qui concerne les établissements d'hospitalisation - non seulement les lits agréés mais aussi les lits correspondant aux consultations, la conversion s'opérant sur les bases suivantes :

- 1 lit pour 1 000 consultations, examens ou soins jusqu'à 30 000 consultations par an
- 1 lit pour 2 000 consultations, examens ou soins au-delà des 30 000 premières consultations par an

MODALITES DE CALCUL POUR LES C.M.P.P. :

250 actes = 1 lit.

**Les diverses publications de la FEHAP ne sont pas comprises dans la cotisation. Pour recevoir la revue « Perspectives Sanitaires et Sociales » et ses suppléments (circulaires de la Direction Relations du Travail, circulaires transversales, lettres de l'Observatoire économique, social et financier ...), veuillez remplir le bulletin d'abonnement ci-après.**

## ABONNEMENT



La revue « Perspectives Sanitaires et Sociales » : 6 numéros par an + 2 hors-séries ainsi que les suppléments relatifs à la législation et la réglementation sanitaire, sociale et médico-sociale et du travail, aux Avenants à la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951 et à leurs commentaires, ainsi que le supplément : la lettre de l'Observatoire Economique, Social et Financier.

- le 1er abonnement (dont T.V.A. à 2,10%) : = 220,00 €
- le(s) ..... abonnement(s) supplémentaire(s) (dont T.V.A. à 2,10%) x 120,00 € = ..... €

**TOTAL GENERAL ABONNEMENT 2017 = .....€**

**NOM DE LA STRUCTURE** .....

.....

**NOM DU RESPONSABLE**.....

**ADRESSE DE LA STRUCTURE** .....

.....

**CODE POSTAL**.....**COMMUNE**.....

**DATE**...../...../20.....

**Signature et Cachet de la structure**

Monsieur le Président,

**Après avoir pris connaissance des article 4, 5 et 6 des statuts de la FEHAP (en annexe), nous vous prions de bien vouloir enregistrer notre demande d'adhésion à la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs.**

Le montant de notre cotisation au titre de l'exercice en cours, calculé conformément à la note que vous nous avez adressée, s'élève à :

**Cotisation..... Euros**

**Abonnement..... Euros**

---

**TOTAL..... Euros**

**Réglé par chèque bancaire ou postal**

Nous vous prions de bien vouloir accuser réception de la présente et nous faire part de la décision du Conseil d'Administration de la FEHAP en nous confirmant notre adhésion à la Fédération.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments distingués.

ORGANISME GESTIONNAIRE :

.....  
.....  
.....

NOM DE LA STRUCTURE :

.....

NOMBRE DE LITS ET/OU PLACES ET/OU ELEVES:

.....

Date...../...../20.....

**Signature du Président  
de l'Organisme gestionnaire**

# Annexe

Statuts adoptés en Assemblée Générale Extraordinaire du 13 novembre 2007  
et modifiés en AGE le 30 mars 2011 (article 11)



## Article 4 : Composition

La Fédération comprend :

- des membres actifs,
- des membres d'honneur,
- des associés.

## Article 5 : Admission

Pour adhérer à la Fédération en qualité de membre actif, d'associé, les personnes morales de droit Privé à but Non Lucratif ayant manifesté leur intérêt pour les activités de la Fédération doivent formuler par écrit une demande motivée d'adhésion accompagnée d'un dossier dont la composition est fixée par le Conseil d'Administration.

Les personnes morales de droit Privé à but Non Lucratif devront, notamment, apporter la preuve du caractère désintéressé de leur qualité de gestionnaire d'établissement ou de service et s'engager à appliquer la charte des valeurs de la FEHAP approuvée par son Assemblée Générale.

Le Président de la Fédération présentera au Conseil d'Administration, qui se prononcera souverainement, le dossier complet de demande d'adhésion des personnes morales et des personnes physiques.

## Article 6 : Qualité des membres

### 1) Membres actifs

Peuvent être membres actifs de la Fédération les personnes morales de droit Privé à but Non Lucratif, pour leurs établissements et services qui exercent leurs activités dans le champ sanitaire, social et médico-social, ou dans celui de la formation des personnels nécessaires à ces activités, et dont la liste est précisée à l'article 1<sup>er</sup> du règlement intérieur.

Les membres actifs versent une cotisation annuelle fixée selon les modalités prévues au règlement intérieur.

### 2) Membres d'honneur

Le titre de membre d'honneur peut être décerné par le Conseil d'Administration aux personnes physiques qui rendent ou qui ont rendu des services signalés à la Fédération.

Les membres d'honneur sont exonérés de cotisation.

En adhérant aux statuts de la Fédération, ils s'engagent sur les principes qui l'animent.

### 3) Associés

Peuvent être à leur demande associés, sur décision du Conseil d'Administration et pour une durée maximum de trois années, les personnes morales de droit Privé à but Non Lucratif, pour leurs établissements et services qui exercent leurs activités dans le champ sanitaire, social et médico-social, ou dans celui de la formation des personnels nécessaires à ces activités, et dont la liste est précisée à l'article 1<sup>er</sup> du règlement intérieur, qui ne peuvent momentanément être admises par le Conseil d'Administration en qualité de membre actif. A titre exceptionnel, une décision du Conseil d'Administration peut proroger ce délai.