



Association des Internes des Hôpitaux de Dijon

L'Association des Internes des Hôpitaux de Dijon (AIHD) est une association rassemblant les internes Bourguignons. Elle représente leurs intérêts dans le milieu institutionnel au sein des diverses commissions hospitalières, et au-delà, notamment lors de la procédure d'attribution des postes.

Elle organise également des activités culturelles, agrmente la vie locale (soirées, améliorés à l'internat, etc.) et permet de bénéficier de partenariats.

L'adhésion coûte 10€ chaque mois, payables par prélèvement automatique. Lors de vos semestres dans les internats de périphérie, une partie est reversée au niveau local.

Pour s'inscrire, il suffit de **joindre un RIB** à ce formulaire, et de nous faire parvenir le tout en personne, ou par mail à aihd.internes@gmail.com.

Demande d'adhésion

nom	_____	date de naissance	_____
prénom	_____	DES	_____
téléphone	_____	courriel	_____
adresse	_____		
complément	_____		
code postal	_____	ville	_____

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

DEBITEUR		CREANCIER
nom :		<i>Association des Internes des Hôpitaux de Dijon Internat CHU François Mitterrand 2, Bd Mal Lattre de Tassigny 21000 Dijon</i>
prénom :		
rue :		
CP :	ville :	
COMPTE A DEBITER numéro IBAN		
FR _____		
date :		signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Libertés.



AUTORISATION DE PRELEVEMENT

numéro national d'émetteur : 581430

J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur du compte. Je réglerai le différent directement avec le créancier.

DEBITEUR		CREANCIER
nom :		<i>Association des Internes des Hôpitaux de Dijon Internat CHU François Mitterrand 2, Bd Mal Lattre de Tassigny 21000 Dijon</i>
prénom :		
rue :		
CP :	ville :	
COMPTE A DEBITER numéro IBAN		
FR _____		
date :		signature :