

**DEMANDE d'ADHESION à retourner par courrier : CEPRI BP2019 45010 Orléans Cedex1
par fax au 02 38 21 15 32 ou par mail à info@cepri.net**

Dénomination :

Adresse :

Tél : **Fax :**

Adresse mail :

Demande à adhérer au CEPRI en tant que (merci de cocher la case correspondante) :

Barème de cotisations CEPRI 2017

Collectivités territoriales à fiscalité propre (base : nombre d'habitants)

<input type="checkbox"/>	Moins de 100 000 habitants	500 euros
<input type="checkbox"/>	Entre 100 000 et 250 000 habitants	1 000 euros
<input type="checkbox"/>	Entre 250 000 et 500 000 habitants	2 000 euros
<input type="checkbox"/>	Plus de 500 000 habitants	3 000 euros

Collectivités territoriales sans fiscalité propre (base : budget de fonctionnement)

<input type="checkbox"/>	0 à 250 000 €	500 euros
<input type="checkbox"/>	250 000 € à 1 million d'euros	1 000 euros
<input type="checkbox"/>	De 1 million d'euros à 10 millions d'euros	2 000 euros
<input type="checkbox"/>	Plus de 10 millions d'euros	3 000 euros

Associations statuts 1901

<input type="checkbox"/>	Association régionale ou nationale	1 000 euros
<input type="checkbox"/>	Association départementale	500 euros
<input type="checkbox"/>	Association professionnelle	1 500 euros

<input type="checkbox"/>	Entreprise ou Fédération professionnelle privée	3 000 euros
--------------------------	-------------------------------------------------	-------------

Votre structure doit statutairement désigner un titulaire et un suppléant :

Nom du titulaire : **Titre :**

Adresse mail :

Nom du suppléant : **Titre :**

Adresse mail :

Les courriers officiels seront adressés à :

M / Mme : **Titre**

Adresse :

Message en copie à un représentant des services techniques :

Nom : **Titre :**

Adresse mail :

Date :

Signature :