

DÉCLARATION DE LA LISTE DES PERSONNES CHARGÉES DE L'ADMINISTRATION D'UNE ASSOCIATION

Ce formulaire vous permet de déclarer la liste des personnes en charge de l'administration de votre association. L'article 5 de la loi du 1er juillet 1901 et l'article 2 de son décret d'application imposent la déclaration des éléments suivants : le nom, la profession, le domicile et la nationalité de celles et ceux qui sont chargés de l'administration de votre association.

Les données nominatives personnelles contenues dans cette liste ne feront l'objet d'aucune saisie permettant la constitution d'un fichier nominatif.

Cette liste est communicable à toute personne en faisant la demande.

1 - IDENTIFICATION DE L'ASSOCIATION

TITRE ACTUEL DE L'ASSOCIATION :

ASSOCIATION DE PHARMACIE HOSPITALIERE DE L'OUEST

Numéro de dossier RNA : W354002619

Numéro SIREN/SIRET :

SIÈGE SOCIAL DE L'ASSOCIATION :

35400 Saint-Malo

2 - NATURE DE LA DÉCLARATION

Vous souhaitez faire une déclaration de modification de la liste des personnes chargées de l'administration.

Date de la décision de l'organe délibérant : 21/03/2024

3 - SIGNATURE DE LA DÉCLARATION

Déclaration établie le : 06/05/2024

Nom et qualité du déclarant : BAUDON Président(e)

TITRE ACTUEL DE L'ASSOCIATION :

ASSOCIATION DE PHARMACIE HOSPITALIERE DE L'OUEST

Numéro de dossier RNA : W354002619

Dirigeant 1

Fonction dans l'association : Président(e)

Civilité : Mme

Nom : BAUDON

Nationalité : Française

Prénom(s) : Marie

Profession : Pharmacien

ADRESSE :

Étage, escalier, appartement :

Immeuble, bâtiment, résidence :

N° et nom de la voie : CHU

Lieu-dit ou boîte postale :

Code Postal : 14000

Etat / Province :

Commune / Localité : CAEN

Pays : FRANCE

Dirigeant 2

Fonction dans l'association : Secrétaire

Civilité : Mme

Nom : DE OLIVEIRA LOPES

Nationalité : Française

Prénom(s) : Mathilde

Profession : Pharmacien

ADRESSE :

Étage, escalier, appartement :

Immeuble, bâtiment, résidence :

N° et nom de la voie : Centre Hospitalier

Lieu-dit ou boîte postale :

Code Postal : 29000

Etat / Province :

Commune / Localité : QUIMPER

Pays : FRANCE

Dirigeant 3

Fonction dans l'association : Trésorier(ière)

Civilité : Mme

Nom : LEGRIS

Nationalité : Française

Prénom(s) : Eléonore

Profession : Pharmacien

ADRESSE :

Étage, escalier, appartement :

Immeuble, bâtiment, résidence :

N° et nom de la voie : Centre Hospitalier

Lieu-dit ou boîte postale :

Code Postal : 22000

Commune / Localité : ST BRIEUC

Etat / Province :

Pays : FRANCE

Dirigeant 4

Fonction dans l'association : Représentant(e)

Civilité : Mme

Nom : VION

Nationalité : Française

Prénom(s) : Mathilde

Profession : Pharmacien

ADRESSE :

Étage, escalier, appartement :

Immeuble, bâtiment, résidence :

N° et nom de la voie : Centre Hospitalier

Lieu-dit ou boîte postale :

Code Postal : 44150

Commune / Localité : ANCENIS ST GEREON

Etat / Province :

Pays : FRANCE

Dirigeant 5

Fonction dans l'association : Représentant(e)

Civilité : M

Nom : BRISSEAU

Nationalité : Française

Prénom(s) : Lionel

Profession : Pharmacien

ADRESSE :

Étage, escalier, appartement :

Immeuble, bâtiment, résidence :

N° et nom de la voie : Centre Hospitalier

Lieu-dit ou boîte postale :

Code Postal : 56000

Etat / Province :

Commune / Localité : VANNES

Pays : FRANCE

Dirigeant 6

Fonction dans l'association : Représentant(e)

Civilité : M

Nom : CORBINEAU

Nationalité : Française

Prénom(s) : Erwan

Profession : Pharmacien

ADRESSE :

Étage, escalier, appartement :

Immeuble, bâtiment, résidence :

N° et nom de la voie : CHU

Lieu-dit ou boîte postale :

Code Postal : 44000

Etat / Province :

Commune / Localité : NANTES

Pays : FRANCE

"La loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique à la déclaration relative à votre association dont les destinataires sont les services préfectoraux et les services de l'Etat concernés. Les articles 39 et suivants de cette loi vous garantissent un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du préfet du département ou du sous-préfet de l'arrondissement du siège de l'association."