

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'ILE DE FRANCE APHIF

Numéro de dossier RNA : W751076668

Numéro SIREN/SIRET :

SIÈGE SOCIAL DE L'ASSOCIATION :

1 AVENUE Claude vellefaux

75010 Paris

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 : 05/04/2023

3 - SIGNATURE DE LA DÉCLARATION

Déclaration établie le : 05/01/2024

Nom et qualité du déclarant : BONAVENTURE Président(e)

TITRE ACTUEL DE L'ASSOCIATION :

ASSOCIATION DE PHARMACIE HOSPITALIERE DE L'ILE DE FRANCE APHIF

Numéro de dossier RNA : W751076668

Dirigeant 1

Fonction dans l'association : Président(e)

Civilité : Mme

Nom : BONAVENTURE

Nationalité : Française

Prénom(s) : SABINE

Profession : Pharmacien

ADRESSE :

Étage, escalier, appartement :

Immeuble, bâtiment, résidence :

N° et nom de la voie : 105 route de la Reine

Lieu-dit ou boîte postale :

Code Postal : 92100

Etat / Province :

Commune / Localité : Boulogne Billancourt

Pays : FRANCE

Dirigeant 2

Fonction dans l'association : Trésorier(ière)

Civilité : Mme

Nom : LE TIEC

Nationalité : Française

Prénom(s) : CLOTILDE

Profession : Pharmacien

ADRESSE :

Étage, escalier, appartement :

Immeuble, bâtiment, résidence :

N° et nom de la voie : 12 rue de Saint Quentin

Lieu-dit ou boîte postale :

Code Postal : 62000

Etat / Province :

Commune / Localité : ARRAS

Pays : FRANCE

Dirigeant 3

Fonction dans l'association : Secrétaire

Civilité : Mme

Nom : BOUTON

Nationalité : Française

Prénom(s) : VALERIE

Profession : Pharmacien

ADRESSE :

Étage, escalier, appartement :

Immeuble, bâtiment, résidence :

N° et nom de la voie : 100 boulevard Général
Leclerc

Lieu-dit ou boîte postale :

Code Postal : 92110

Etat / Province :

Commune / Localité : CLICHY

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."