

DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D'ADHÉSION au PAM - 2025

Pôle de coopération des Acteurs de la filière Musicale en Région Sud & Corse

# RAISON SOCIALE

Nom de la structure ……………………………………………………………………………………………………………... Nom de la structure administrative (si différente) ………………………………...……………………………………….. Numéro de licences, le cas échéant : …………………………………………………………………...…………………...

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………….……... Code postal : …………………. Ville : ………………………. Département : ……..…………………………...

Nom du responsable ………………………………………………….. Fonction .……..…………………………............ Tel fixe …………………………………………………………………… Tel mobile ……..…………………………............ E-mail générique - structure ………………………………………… Email - référent ……..…….………………….... Site internet …………………………………………………………………………………………………………………….…….

# ACTIVITÉS

Activité principale …………………………………………………………………………………………………………….. Activités secondaires ……………………………………………………………………………………………………………..

# BAREME COTISATION

Toute structure adhérente au titre de membre actif devra s’acquitter d’une cotisation de 50, 100, 200 ou 300€ annuelle calculée selon son budget global, en rapport aux 4 barèmes en vigueur :

Cochez la case correspondante

1. **Budget global inférieur à 50.000€ = 50€ de cotisation par an**
2. **Budget global entre 50.000€ et 100.000€ = 100€ de cotisation par an **
3. **Budget global entre 100.000€ et 350.000€ = 200€ de cotisation par an **
4. **Budget global supérieur à 350.000 € = 300 € de cotisation par an **

**Joindre le budget de l’année N -1**

# MODE DE REGLEMENT

 Chèque à l’ordre de PAM – Adresse : 16 Rue du Jeune Anacharsis – 13001 Marseille

 Virement sur le compte du PAM

Banque : Crédit Coopératif – Avenue du Prado – Marseille IBAN : FR76 4255 9100 0008 0038 2394 779

CODE BIC : CCOPFRPPXXX

**PARTAGE DE CONTACT AU RÉSEAU**

Je consens à ce que mon contact (Nom/ Fonction/ Structure/ Mail/ Téléphone du bureau) soit partagé aux autres membres du réseau dans le document dédié

OUI NON

Merci de préciser ces coordonnées (plusieurs personnes de la structure possible)

Nom/ Prénom : ………………………………………………………………………….

Fonction : ………………………………………………………………………………….

Mail : ………………………………………………………………………………………….

Numéro : …………………………………………………………………………………..

**CHARTE**

La structure reconnaît avoir pris connaissance de la charte du PAM et d’y souscrire

**A , le**

**Signature (responsable de la structure) Cachet**

Demande à nous transmettre :

. par mail à [direction@le-pam.fr](mailto:direction@le-pam.fr) et administration@le-pam.fr

. ou par courrier à l’adresse ci-dessous

**PAM** – 16 Rue du Jeune Anacharsis - 13001 Marseille – Tél : 04 91 52 81 15 Association loi 1901 – code APE : 9412Z organisations professionnelles Siren : 421 231 168 – Siret : 421 231 168 00079