



www.aphif.eu
AGREMENT FMC
N° 100127

BULLETIN D'ADHÉSION / COTISATION

ANNÉE _____

à préciser

Le montant de votre adhésion à l'APHIF sera déduit de votre inscription aux prochaines Journées d'Etudes de Pharmacie Hospitalière

Je soussigné (e)

Nom Usuel / Prénom

Nom de jeune-fille

(si précédemment enregistré à l'APHIF)

Adresse* :

.....

.....

(*à laquelle vous souhaitez que vous parvienne le courrier de l'Association)

E mail

- | | | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------------------------------------|----------|
| Fonction | <input type="radio"/> | Praticien Hospitalier | 20 euros |
| | <input type="radio"/> | Pharmacien d'établissement de soins | 20 euros |
| | <input type="radio"/> | Pharmacien « autre »
(merci de préciser) : | 20 euros |
| <hr/> | | | |
| | <input type="radio"/> | Assistant Hospitalier | 10 euros |
| | <input type="radio"/> | Interne en Pharmacie | 10 euros |
| | <input type="radio"/> | Attaché en Pharmacie | 10 euros |
| | <input type="radio"/> | Pharmacien retraité | 10 euros |

- Souhaite adhérer à l'Association de Pharmacie Hospitalière d'Île de France (APHIF)**

Fait le _____

Signature

Ci-joint un Chèque bancaire / CCP
établi à l'ordre du **Trésorier de l'APHIF**

adressé à :
Pascal DEBORD
Pharmacie
Syndicat Interhospitalier de Saint Maurice
57 rue du Maréchal Leclerc
94413 Saint-Maurice Cedex