

BULLETIN D'ADHESION 2018

Numéro adhérent :

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Date de Naissance ____ / ____ / _____

ADRESSE PERSONNELLE

N°/voie

Complément

Code Postal

Ville

e-mail Perso

LIEU D'EXERCICE

CHU CH-CHR-CHG ESPIC/PSPH Etablissement privé

Etablissement

Service/Pôle

Adresse

Code Postal/Cedex

Ville

e-mail Prof.

Téléphone ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Adresse où doit être envoyée votre correspondance :

DOMICILE LIEU D'EXERCICE

SITUATION HOSPITALIERE

PH PH Contractuel CCA

Autre.....

En activité Disponibilité Détachement Retraite Autre.....

ECHELON ACTUEL

DATE D'ENTREE DANS L'ECHELON ACTUEL

mois année

SPECIALITE

Anesthésie – Réanimation Médecine d'urgence Médecine Chirurgie

Radiologie Biologie Pharmacie Autres Spécialité :

MONTANT de la COTISATION 2018 : 190 euros (déductible pour 66% du revenu imposable)

➔ Votre cotisation comprend l'abonnement à la revue **PHAR** et l'inscription à **PH SERVICE**

Libellez votre chèque à l'ordre du SNPHARE. Adressez votre adhésion et votre chèque au :
SNPHARE - 75 AVENUE PARMENTIER 75011 PARIS