

Je souhaite **adhérer** ou **renouveler** mon adhésion à l'Association **FORMATICSanté** pour l'année 20..

Tarif : (Merci de cocher)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, ingénieur, sage-femme | 40€ |
| <input type="checkbox"/> Autres professions : avocat, sociologue, éthicien, philosophe, économiste de la santé | 40€ |
| <input type="checkbox"/> Autres professionnels de santé : infirmière, cadre, kiné | 30€ |
| <input type="checkbox"/> Etudiants, retraités | 15€ |
| <input type="checkbox"/> Etablissement et institution | 90€ |
| <input type="checkbox"/> Industriel | <input type="checkbox"/> <10 salariés 150€ |
| | <input type="checkbox"/> 10 à 49 salariés 250€ |
| | <input type="checkbox"/> 50 à 99 salariés 350€ |
| | <input type="checkbox"/> >100 salariés 500€ |

Etablissement, institut, organisme, société... :

M^r M^{me}

NomPrénom

Fonction

Adresse

Code postal.....Ville

TéléphonePortable

Adresse E-Mail Site Web.....

Je règle le montant de la cotisation selon la catégorie d'adhérent à laquelle j'appartiens, par CB, par virement, par chèque bancaire ou postal à l'ordre de FORMATICSANTE pour l'année.....

J'accepte en tant que membre de l'Association, que mes coordonnées soient diffusées dans l'annuaire réservé aux adhérents : oui non

Fait à

le

Signature

Merci de compléter et de nous remettre ou renvoyer cette fiche par courrier ou par mail à contact@formaticsante.fr
N.B. La fiche d'adhésion est téléchargeable sur formaticsante.fr