



BULLETIN D'ADHÉSION

ANNÉE 2019



Renseignements administratifs

Nom : Nom de naissance (si différent) :

Prénom : Téléphone :

Adresse professionnelle :

Adresse électronique :

N° RPPS : ou N° ADELI :

Qualité : Pharmacien hospitalier Assistant Interne

Autre (préciser) :

Désire adhérer en 2019 à l'ACPPHOS (montant : 20 euros) oui non

Merci de ne pas oublier de communiquer les éléments en BLEU.

Bulletin à retourner accompagné de votre règlement par chèque libellé à l'ordre de l'ACPPHOS à :

Isabelle Chastanet
Service Pharmacie
Centre Hospitalier de La Rochelle
17019 La Rochelle
Courriel : isabelle.chastanet-marsault@ch-larochelle.fr
Tél : 05 46 45 52 73 / Fax : 05 46 45 52 77