



BULLETIN D'ADHÉSION

Mme Mlle M.

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Tel. : _____ Portable: _____

Email : _____

Activité professionnelle : _____

Établissement : _____

Service : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Pays : _____

Date d'adhésion : ____ / ____ / ____

Montant de l'adhésion annuelle : **15 €**

Règlement effectué par : Chèque à l'ordre de la SFMPP

Espèces

Adresser le règlement à :

SFMPP

Oncogénétique Clinique, Pr Pascal PUJOL

CHU de Montpellier, Hôpital Arnaud de Villeneuve

34295 MONTPELLIER Cedex 5

En adhérant à l'association SFMPP, je m'engage à respecter ses statuts et son règlement intérieur, mis à ma disposition au siège de l'association.

Fait le _____ À _____

Signature du Président

Signature de l'adhérent