

I. Cocher la case qui correspond à votre situation :

1^{ère} adhésion : numéro adhérent provisoire « 0000 »
(Il sera à préciser si vous choisissez le paiement par virement bancaire)

Renouvellement : numéro adhérent : _____

II. Je soussigné :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

COURRIEL (personnel) :

TELEPHONE (personnel) :

Année d'obtention du BP* :

*(*obligatoire pour une première adhésion)*

Année d'obtention du DPPH* :

Exerçant en CHU CHR CH CHSP CLCC ESPIC SSR EHPAD Etablissement Privé Autre

Nom de l'établissement d'exercice :

Adresse complète :

Code postal :

Ville :

Courriel professionnel :

Téléphone professionnel :

III. Je déclare adhérer à l'ANPPH pour l'année 2020 et verse la cotisation suivante :

cotisation 2020 : 42€

cotisation 2020 retraité / étudiant : 23€

par chèque à l'ordre de ANPPH joint au bulletin d'adhésion à l'adresse suivante :

ANPPH – Marie-Françoise BRESSAND
26 rue du petit bois 78370 PLAISIR

par virement -merci de préciser le n° d'adhérent lors du règlement :

si 1^{ère} adhésion noter 0000 ainsi que NOM et PRENOM

Le bulletin peut être envoyé soit par courrier ou par courriel à anpph.bressand@wanadoo.fr

IBAN	FR76	1027	8025	7300	0729	7314	538	BIC	CMCIFR2A
------	------	------	------	------	------	------	-----	-----	----------

A

le

Signature :

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978 (article 27), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant auprès du siège social de l'ANPPH.