

BULLETIN D'ADHÉSION

Je souhaite adhérer à l'Association Nationale des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière, je retourne ce bulletin complété, accompagné de son règlement libellé à l'ordre de l'ANPPH à :

ANPPH
M.F. BRESSAND
26 Rue du petit bois 78370 PLAISIR

Cotisation 2017 : actif : 42€ / retraité : 23€

Madame

Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse (domicile) :

Code Postal :

Ville :

Téléphone personnel :

Courriel personnel :

Année du diplôme BP/PPH :

Préparateur en pharmacie au :

Centre Hospitalier Universitaire Centre Hospitalier Régional Centre Hospitalier Spécialisé

Centre Hospitalier Hôpital Local Etablissement Privé Autre :

Nom de l'établissement :

Adresse Professionnelle :

Code postal :

Ville :

Téléphone professionnel :

Courriel professionnel :

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.



association nationale
des préparateurs
en pharmacie hospitalière