

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 2018: 42€; retraité : 23€

Madame

Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse (domicile) :

Code Postal :

Ville :

Tél. personnel :

Courriel Personnel :

Année du diplôme BP/PPH :

Préparateur en pharmacie au :

C.H.U. C.H.R. C.H.S C.H. H.L

Etablissement Privé Autre

De :

Adresse Professionnelle :

Code Postal :

Ville :

Tél :

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