**

*(Anciennement SNPH-CHU)*

Membre de l’**INPH**

<http://snphchu.org/index.php>

# **BULLETIN D’ADHESION – Année 2023**

NOM\* : Prénom\* : Nom de naissance :

Adresse personnelle\* :

Code Postal \*: Ville \* :

Tél. personnel (mobile et/ou fixe) :

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse Professionnelle :

Service/unité/département : Centre Hospitalier de\* :

Code postal :

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Email personnel et/ou professionnel \* (celui que vous préférez) :

Spécialité\* :

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*(\*) éléments obligatoires*

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Montant de la cotisation : 100 euros**

A régler

**Par virement (de préférence) :**

Assoc SYNPH

IBAN : FR76 1480 6000 4072 0423 2189 464

BIC AGRIFRPP848

Avec comme référence : Nom et Année de cotisation

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Merci d’adresser parallèlement ce bulletin d’adhésion au secrétariat général**

 synph.secretariatgeneral@gmail.com

pour la tenue à jour de la liste des adhérents