Association Française des Internes et Assistants de Pathologie
www.afiap.fr – afiap@afiap.fr

DEMANDE DE RE-ADHESION 2015-2016

IDENTITE

NOM : ……
Prénom : ……
Qualité : □ interne
□ assistant
□ autre : ……
Spécialité : □ pathologiste
□ autre : ……
Année de promotion : ……
Ville / Région d'exercice : ……

□ Je soutiens les actions de l'AFIAP et souhaite adhérer en qualité de membre de droit (interne en ACP ou déclarant s'y destiner ; ou assistant)

OU

□ Je souhaite adhérer en tant que membre sympathisant

COORDONNEES

Adresse postale : ……
……
Téléphone(s) : ……
Adresse mail : ……

MODE DE PAIEMENT : 10€

□ Espèces

□ Chèque Nom du porteur (si différent de l'adhérent)……

A : …… Le : ..... / …… / ……

Signature :

□ ***J'accepte*** □ ***Je refuse***
que mon identité et mon adresse mail soient accessibles aux membres disposant d'un login et d'un mot de passe sur le site www.afiap.fr.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au fonctionnement de l'association. Elles ne sont pas transmises à des tiers sauf accord explicite de votre part. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à l'AFIAP à l'adresse ci-dessous.

Merci d'imprimer, de remplir ce bulletin et de nous l'adresser accompagné de
votre cotisation par chèque à l'ordre de l'AFIAP :
- d'un montant de 15 € pour les nouveaux adhérents
- d'un montant de 10 € pour le renouvellement d'adhésion (adhérents 2010-2011)
à l'AFIAP, Comité de l'Internat, 17 rue du Fer à Moulin, 75005 PARIS