

Bulletin d'adhésion

à renvoyer accompagné du règlement de la cotisation au siège du syndicat.

M^{me}, M^{lle}, Mr : Nom de jeune fille :

Prénom : Né(e) le :

Adresse professionnelle complète et précise :

.....

.....

Tél : Fax :

Courriel :

Adresse personnelle :

..... Tél :

Je désire recevoir le courrier du Synprefh à mon adresse * : professionnelle

personnelle

Fonctions hospitalières * :

PH titulaire

Temps plein

Temps plein à activité réduite

Temps partiel

Praticien attaché

Praticien contractuel

Assistant

Type d'établissement * :

CH

CHU

EPSM

EHPAD

SDIS

ESPIC

Clinique

HAD

Autre

Autres fonctions exercées :

Universitaire :

PU

MCU

AHU

Autre

Souhaite adhérer au Synprefh, en qualité de membre actif membre associé¹

A Le

Signature :

Cotisations : 110 € : PH titulaire temps plein et temps plein à activité réduite

55 € : PH temps partiel, praticien attaché, praticien contractuel, assistant et membre associé¹

30 € : pharmacien retraité

¹ **Membre associé = pharmaciens SDIS, ESPIC et établissements privés**

(* cocher les mentions utiles)

Synprefh

Syndicat National des Pharmaciens des Etablissement Publics de Santé

Siège social : 30, boulevard Pasteur - 75015 PARIS

Tél. : 01 56 58 08 90 - Fax : 01 56 58 08 93

Novembre 2011