

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION

à renvoyer rempli à
l'A.F.I.R.E.M.,
Hôpital des Enfants Malades
149, rue de Sèvres 75730 Paris Cédex 15

ou à votre Délégation Départementale

NOM

PRENOM

ADRESSE

.....

.....

TELEPHONE

ADRESSE E MAIL

PROFESSION

SECTEUR D'ACTIVITES

Souhaite devenir membre de l'A.F.I.R.E.M.

et verse la somme de :€ (45,00 € minimum pour les membres actifs –
75,00 € minimum pour les membres partenaires)

par chèque à l'ordre de l'A.F.I.R.E.M.

L'ADHESION IMPLIQUE LA DISTRIBUTION DU CAHIER DE L'AFIREM

DATE

SIGNATURE :