



Fédération Nationale des Pharmaciens de Réserve

BULLETIN D'ADHÉSION *(ou de renouvellement)*

Je soussigné :

NOM.....Prénoms.....

Date et lieu de naissance.....

Grade.....

Pharmacien dans la réserve opérationnelle, citoyenne, honoraire (1)

Pharmacien d'active, retraité ou autres (1)

demeurant à (adresse complète).....

.....

.....

Téléphone(s) : ☎ 📱 : 📠 :

Adresse courriel :@.....

Déclare adhérer à La Fédération Nationale des Pharmaciens de Réserve
(Association en DRSSA de.....)
et envoie à cet effet ma cotisation pour l'année, soit : 55 €.

Soutien facultatif : €.

Le20.....

Adhésion à adresser :

à M. Eric Denoix - 118, parc de Cassan - 95290 L'ISLE-ADAM
en rédigeant le chèque au nom de :

« Fédération Nationale des Pharmaciens de Réserve »

(1) rayer les mentions inutiles