

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

Adhérent :

Nom : Prénom :

Fonction :

Adresse postale personnelle (facultatif) :

.....

.....

Hôpital :

Nom de l'hôpital de jour :

Nom du service :

Adresse postale :

.....

.....

Tel secrétariat :

FAX :

Tel IDE :

Email :

Tel médecin :

Site Internet :

Responsable de la structure :

Nombre de place total :

Dont : places de **MCO** places de **SSR** places de **Psychogériatrie**

Merci de remplir ce bulletin et de nous l'adresser, accompagné de votre cotisation de 15 € à l'adresse ci-dessous :

Docteur Xavier de PETIGNY --- Trésorier de l'APHJPA

Impasse des Nonnettes

76440 GRUMESNIL

Mail : xavierdepigny@gmail.com