

Bulletin d'adhésion
Année 2023

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° téléphone portable :

Email :

Année d'installation :

Mode d'exercice professionnel :

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Libéral·e | <input type="checkbox"/> Salarié·e |
| <input type="checkbox"/> Sage Femme | <input type="checkbox"/> Remplaçant·e | |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien·ne | <input type="checkbox"/> Retraité·e | |
| <input type="checkbox"/> Dentiste | <input type="checkbox"/> Professionnel·le paramédical | |
| <input type="checkbox"/> Etudiant·e | | |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) spécialité(s) | | |

.....

Je déclare adhérer à l'AMLPPU pour l'année civile

Tarifs des cotisations :

- Plein : **100 € (cent euros)**
(Médecin généraliste, Dentiste, Pharmacien·ne, Sage Femme)
- Demi-tarif : **50 € (cinquante euros)**
(Remplaçant·e, Salarié·e, Retraité·e, Professionnel·le Paramédicaux)
- Étudiant : **10 € (dix euros)**

Je règle ma cotisation :

- soit sur le site internet de l'association par carte bancaire
- soit par virement bancaire sur le compte de l'AMLPPU :
IBAN : **FR76 1027 8049 1000 0405 5894 503** (en précisant mon année d'adhésion, ainsi que mes noms et prénoms)
- soit par chèque à l'ordre de l'AMLPPU à envoyer à : 4 allée de Saint Cloud à Villers-lès-Nancy.

Cachet, date et signature