



AFARM

Association Française des Assistants de Régulation Médicale

BULLETIN D'ADHESION

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance : .../.../..... à

Adresse personnelle :

.....

.....

Numéro de téléphone :

Adresse mail :@.....

Numéro de département SAMU :

S'agit-il d'un renouvellement d'adhésion :

Etes-vous délégué(e) départemental(e) ? :

Adhésion membre actif (Etudiant en CFARM, ARM en activité dans un SAMU) : 10^e

Adhésion bienfaiteur (ARM retraité ou tout personnel hospitalier hors ARM : Cotisation libre :

Ce bulletin, accompagné de votre chèque à l'ordre du « trésorier de l'AFARM » est à remettre à votre délégué(e) départemental(e) ou à envoyer à l'adresse suivante :

*SAMU 06 – Secrétariat
CHU de Nice – Hôpital Pasteur II
30, Voie Romaine
06000, Nice*

L'Association Française des Assistants de Régulation Médicale vous remercie pour votre confiance !