***BULLETIN D’ADHESION***

NOM : …………………………

Prénom : ……………………….

Adresse personnelle : ………………………………………….. …………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………..

Numéro de téléphone : …..../…..../…..../…..../…....

Adresse mail : …………………………..................@.........................

Numéro de département SAMU : …..……

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

□Oui □Non

Etes-vous délégué(e) départementale ? :

 □Oui □Non

Adhésion membre actif (Etudiant en CFARM, ARM en activité dans un SAMU) : 10€ 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) départementale ou à envoyer à l’adresse ci dessous :