



Association de Formation et de Recherche des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique
Société Française de Psychotraumatologie

ASSOCIATION LOI 1901, AFFILIEE A LA FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
AGREEE FORMATION CONTINUE – N° 11 75 39 813 75

Bulletin de cotisation du 01/01/08 au 31/12/08 (renouvellement ou première adhésion)

| |
|--------------------|
| Civilité : |
| Nom : |
| Prénom : |
| Profession : |

| | |
|-------------------------------------|-------------|
| <u>Coordonnées professionnelles</u> | |
| Adresse : | |
| | |
| | |
| Tél. : | Fax : |
| Courriel :@..... | |

| | |
|---------------------------------|-------------|
| <u>Coordonnées Personnelles</u> | |
| Adresse : | |
| | |
| | |
| Tél. : | Fax : |
| Courriel :@..... | |

- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------|
| Préférence correspondance postale : | Utiliser l'adresse personnelle | <input type="checkbox"/> |
| | Utiliser l'adresse professionnelle | <input type="checkbox"/> |
| Préférence correspondance électronique : | Utiliser l'adresse personnelle | <input type="checkbox"/> |
| | Utiliser l'adresse professionnelle | <input type="checkbox"/> |

TARIF DE LA COTISATION : 25 €

- | | | |
|-------------------------------------|-----|--------------------------|
| S'agit-il d'une première adhésion ? | Oui | <input type="checkbox"/> |
| | Non | <input type="checkbox"/> |

Envoyez votre chèque émis à l'ordre de l'APIS ainsi que cette fiche intégralement remplie à :
TRIALOGS
11 rue des Dagneaux
63200 RIOM

Fait à _____ le ____ / ____ / 2008 Signature

Autre correspondance : Hôpital Tenon, Service de psychiatrie, **Secrétariat AFORCUMP** - 4 rue de la Chine, 75020 PARIS