

BULLETIN D’ADHÉSION

□ Mme □ Mlle □ M

**NOM** :

**Prénom** :

Date de naissance :

Tel. : Portable:

Email :

Activité professionnelle :

Établissement :

Service :

Adresse :

CP : Ville :

Pays :

Date d'adhésion :

Montant de l'adhésion annuelle : **15 €**

Règlement effectué par : □ Chèque à l’ordre de la SFMPP

□ Espèces

Adresser le règlement à : SFMPP

Oncogénétique Clinique, Pr Pascal PUJOL

CHU de Montpellier, Hôpital Arnaud de Villeneuve

34295 MONTPELLIER Cedex 5

*En adhérant à l'association SFMPP, je m'engage à respecter ses statuts et son règlement intérieur, mis à ma disposition au siège de l'association.*

Fait le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature du Président Signature de l'adhérent**

