



Association Des Perfusionnistes Francophones

Bulletin d'adhésion

Membres actifs

**Veillez compléter et retourner à l'adresse ci-dessous
votre bulletin-réponse accompagné de votre règlement.**

Mlle	Mme	M			
Nom :				
Prénom :	Date de naissance :		
	IDE	IBODE	IADE	Médecin	Autres

Adresse lieu d'exercice :

.....

.....

Téléphone : Fax :

E-mail professionnel :

Date de début d'exercice de la profession de perfusionniste :

Formation(s) suivie(s) : D.U. CEC D.U. Assistance circulatoire et respiratoire

.....

Adresse personnelle :

.....

.....

Téléphone : Portable :

E-mail personnel :

Adhère à l'Association Des Perfusionnistes Francophones

Date :

Autorise l'Association Des Perfusionnistes à utiliser mon image
dans le cadre de ses évènements

Signature :
.....

Cotisation 2019 : 20 €

Règlement de la cotisation à l'ordre de : Association Des Perfusionnistes Francophone
A adresser à : IDEES VOYAGES - SELECTOUR, 35 rue Damrémont, 75018 PARIS
Tél : 01 81 70 93 70 - Mob : 06 63 80 05 08 - Fax : 01 42 64 30 27 - Email : olivier@idees-v.fr