ACADÉMIE INTERNATIONALE DE PATHOLOGIE
Division Française

32 cours Albert Thomas - 69008 Lyon - France
Tel : 33 (0)4 78 76 93 46 - Fax : 33 (0)4 78 75 43 11
Site Internet : http://www.francepathol.org
E-mail : academie.pathologie@wanadoo.fr

Demande d'adhésion comme membre titulaire Année 2012

Vos coordonnées : (Les champs signalés par un * sont obligatoires)

Titre * : ☐ Docteur ☐ Professeur

Nom * : ..... Prénom * : .....

Adresse * : .....

Code postal * : ..... Ville * : .....

Pays *: .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Année d'obtention du DES d'anatomie pathologique : .....

Adresse de courrier électronique * : .....

Votre adhésion : (Merci de cocher la mention utile)

Membre titulaire	☐ Salarié	☐ Libéral	☐ Hospitalier
☐ Vous résidez en France :	80 €		
☐ Vous résidez à l'étranger :			
☐ Europe:	91 €	(dont 11 Euros de frais postaux)	
☐ Autres pays :	94 €	(dont 14 Euros de frais postaux)	
Membre junior* [interne DIS – DES] :		(*merci de joindre un justificatif)	
☐ Vous résidez en France :	40 €		
☐ Vous résidez à l'étranger :			
☐ Europe :	51 €	(dont 11 Euros de frais postaux)	
☐ Autres pays :	54 €	(dont 14 Euros de frais postaux)	

Votre paiement : (Merci de cocher la mention utile)

☐ Chèque libellé à AIP Division Française

☐ Carte bancaire (CB, Eurocard /Mastercard , Visa)
Montant : . . . . . €
Nom du porteur de la carte : . . . . . .
N° : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|
Date d'expiration : |_|_| / |_|_|
Cryptogramme visuel : (3 derniers chiffres au dos de la carte sur le panneau réservé à la signature) |_|_|_|
Signature

☐ Virement bancaire : LB AGENCE LYON BELLECOUR – BIC : CMCIFRPP
IBAN : FR76 1009 6180 0100 0264 4450 181
La somme nette portée à notre compte doit correspondre au montant de la cotisation nette de tous frais.
Pour une identification claire, n'omettez pas de mentionner vos nom et prénom.
Si votre cotisation est payée par un Centre Hospitalier ou un Laboratoire, merci de mentionner clairement votre nom et votre adresse.

Merci de nous adresser cette demande remplie et signée, accompagnée du montant de la cotisation à l'attention du trésorier à l'adresse suivante :
AIP Division Française - 32 cours Albert Thomas - 69008 Lyon , France

Fait à....., le.....

Signature obligatoire

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à l'adresse mentionnée sur ce document.