



BULLETIN d'ADHESION 2021 (fiche démographique et professionnelle)

NOM _____

PRENOM _____

NOM J. F. _____

Date Naiss.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SEXE: H F

ADRESSE PERSONNELLE

N° Rue _____

Code Postal _____ **Ville** _____

E-MAIL PERSONNEL :

LIEU D'EXERCICE Hôpital CHU Etablissement sans but lucratif
 Hôpital "Général" Etablissement libéral

Hopital : _____

Adresse _____

Service : _____

E-MAIL PROFESSIONNEL :

Adresse où doit être envoyée votre correspondance : DOMICILE LIEU D'EXERCICE

SITUATION HOSPITALIÈRE

PH temps plein PH temps plein à temps réduit PH temps partiel PH provisoire PH contractuel
 Praticien Adjoint Contractuel Praticien Attaché CCA Assistant spécialiste AHU MCU-PH PU-PH
 Autre : (préciser).....

POSITION

Activité Disponibilité Détachement Retraite Autre :

ACTIVITÉ PRINCIPALE

Votre spécialité : _____

Etiez vous adhérent d'un syndicat l'année passée: OUI NON Si oui, lequel : _____

Etes vous adhérent d'une autre association/société professionnelle OUI NON laquelle : _____

MONTANT de la cotisation 2021 : 190 Euros

Libellez votre chèque à l'ordre de Avenir Hospitalier. Adressez votre adhésion et votre chèque au : Dr Eric GUIHENEUF 50 rue Just Haüy, Appt 80 000 AMIENS