



Formulaire de demande d'adhésion

APHCRA.ORG

IDENTITE

NOM :

PRENOM :

PROFESSION :

Je demande par la présente mon adhésion à l'Association des Physiciens d'Hôpital Centre Rhône-Alpes (APHCRA). Je joins à cette demande un chèque d'un montant de 10 euros pour l'année civile en cours à l'ordre de l'APHCRA.

ETABLISSEMENT PRINCIPAL D'EXERCICE

Nom complet officiel :

Service :

Adresse :

CP :

Ville :

Tel (direct) :

Adresse mail :

Le dossier d'inscription ainsi réalisé est à faire parvenir au trésorier de l'association :

Mathieu GONOD
Centre Régional Georges François Leclerc
Service de Physique
1 rue du Pr Marion
BP 77980
21079 DIJON cedex

Vos informations seront utilisées pour créer votre profil sur le site de l'aphcra.

Lorsque votre inscription sera validée, vous recevrez vos codes d'accès pour le site **APHCRA.org** sur lequel vous êtes invité à vérifier votre profil. Seule la partie « pro » de ce profil est visible de tous sur ce site. Les renseignements personnels (adresse personnelle, téléphone, etc..) ne sont accessibles qu'aux seuls membres de l'association.

Le site Web vous propose également une inscription à la newsletter de l'APHCRA, ainsi que de nombreuses autres informations (formations, séminaires...) régulièrement mises à jour.

Pour le renouvellement des adhésions, le site vous propose la possibilité d'un règlement par Paypal/CB de votre cotisation.