

FORMULAIRE D'ADHÉSION
À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PHLÉBOLOGIE
EN QUALITÉ DE MEMBRE PARTENAIRE



Merci de renseigner les champs suivants:

Nom: _____ Prénom: _____

Né à: _____ Le: _____

Adresse personnelle: _____

Ville: _____ CP: _____ Pays: _____

Adresse professionnelle: _____

Ville: _____ CP: _____ Pays: _____

Téléphone Pro: _____ Téléphone perso: _____

E-mail (obligatoire): _____

Profession: _____ Titulaire du D.U. de: _____

Demande son adhésion à la Société Française de phlébologie en qualité de Membre Partenaire et souhaite recevoir par mail toutes les informations relatives aux sessions "Membres Partenaires" organisées lors des réunions de la S.F.P. auxquelles je souhaite participer. J'adresse un chèque d'un montant de 50 € en règlement de ma cotisation annuelle à la S.F.P.

Fait à: _____ le: _____ signature: _____

**À Retourner signé et accompagné d'un chèque à l'ordre de la Société Française de Phlébologie
46, rue Saint-Lambert 75015 Paris**