



INSUFFISANCE CARDIAQUE MERCREDI 4 OCTOBRE 2023

IFP MARY THIEULLENT – 28 rue Foubert – 76600 LE HAVRE

NOM : _____

PRENOM : _____

PROFESSION : _____

ADRESSE POSTALE : _____

PROFESSIONNELLE : _____

EMAIL : _____

TELEPHONE Fixe : _____ Portable : _____

N° RPPS : _____ N°ADELI : _____

STATUTS : Libéral Salarié Remplaçant Interne Retraité

Conditions :

- Médecins : adhésion AHFMC
 - 80 € (à partir de la 2^{ème} année d'exercice)
 - 40 € (1^{ère} année d'exercice, salarié et retraité)
 - 0 € (interne)

Dans le cadre du FAF PM (en cours de validation), merci de fournir une attestation URSSAF de l'année en cours ou N-1

- Pharmaciens : 40 €
- Vous êtes une personne en situation de Handicap
- J'ai lu et j'accepte les [conditions générales de vente](#)

DATE : _____ SIGNATURE : _____

Bulletin à renvoyer à :

- ahfmc.secretariat@gmail.com (règlement possible par virement bancaire)
(IBAN FR7630027160690002056670102 - BIC CMCIFRPP)
- AHFMC – 114 rue Jules Siegfried – 76600 LE HAVRE (accompagné de votre règlement)
- Pour les adhésions médecins règlement possible via
<https://www.helloasso.com/associations/ahfmc/adhesions/adhesions-ahfmc-2023>
- Date limite d'inscription : lundi 2 octobre 2023