

NOM : _____

PRENOM : _____

PROFESSION : _____

ADRESSE POSTALE _____

PROFESSIONNELLE : _____

EMAIL : _____

TELEPHONE Fixe : _____ Portable : _____

N° RPPS : _____ N°ADELI : _____

Tarif adhésion 2025

- ☐ 100 € MEDECIN (installé ou remplaçant) dès la 2^{ème} année d'exercice
- ☐ 50 € MEDECIN (installé ou remplaçant) en 1^{ère} année d'exercice
- ☐ 50 € MEDECIN salarié
- ☐ 50 € MEDECIN retraité
- ☐ 0 € INTERNE EN MEDECINE

- ☐ Je souhaite recevoir la Newsletter de l'AHFMC pour être tenu(e) informé(e) des différentes rencontres et formation

Bulletin à renvoyer :

- ✓ Par voie postale, accompagné de votre règlement par chèque (à l'ordre de AHFMC), à :
AHFMC 114 rue Jules Siegfried, 76600 LE HAVRE
 - ✓ Par mail, à : ahfmc.secretariat@gmail.com
- Règlement par ☐ virement bancaire IBAN FR7630027160690002056670102 - BIC CMCIFRPP
- ☐ En ligne, sur le site de Hello Asso :
<https://www.helloasso.com/associations/ahfmc/adhesions/adhesions-ahfmc-2025>