



## BULLETIN d'ADHESION 2020

Civilité :  Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : \_\_\_\_ Ville : .....

E-mail : ..... @ .....

Coordonnées professionnelles :

Fonction : .....

Nom de l'employeur : .....

Adresse : .....

Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Fax : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**Montant de la cotisation annuelle à adresser par chèque à l'ordre de l'IMTVL : 10 euros**

J'adhère pour l'année 2020 à l'Institut de Médecine du travail du Val de Loire, et je verse la cotisation demandée pour l'année en cours (Joindre le règlement au bulletin avant le 30/06/2020)

Fait le ..... à .....

Demander à retourner à :

**IMTVL/INMA**

**14, Rue Auguste Comte**

**37000 TOURS**

**☎ 02 47 66 62 32- Fax 📠 02 47 66 08 28**

Signature :

Remarques et suggestions :

.....  
.....