BULLETIN d'ADHESION 2021

Civilité : ☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
Code Postal : _ _ _ _ _ Ville : .....
E-mail : ..... @ .....

<u>Coordonnées professionnelles :</u>
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 2021 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 30/04/2021)

Fait le .....à .....
<u>Demande à retourner à</u> :
IMTVL/INMA
14, Rue Auguste Comte
37000 TOURS
☎ **02 47 66 62 32**

Signature :

<u>Remarques et suggestions :</u>
.....
.....