

Bulletin d'adhésion à l'ARCAA

Mme/Mlle

Mr

NOM :

Prénom :

Adresse Professionnelle :

Code Postal :

Ville :

Tél :

Mobile :

E-mail (pour recevoir les infos de l'ARCAA) :

Spécialiste qualifié en Allergologie

Autre (précisez) :

Allergologue Exclusif non qualifié

Mode d'exercice :

Libéral

Hospitalier ou salarié

Mixte

Jeune installé de moins de 2 ans

Retraité actif

Retraité non actif

J'adhère à l'ARCAA en tant que :

Docteur en médecine (35€)

Membre médecin bienfaiteur (150€)

CEI ou CHS (25€)

Règlement par chèque libellé à l'ordre de « **ARCAA** »

Cachet et signature de l'adhérent :

A adresser à :

Mme Anne THILLAY

30, Bd Marchant Duplessis

37000 TOURS

Un justificatif vous sera envoyé par mail à réception de votre règlement