

Bulletin d'adhésion à l'ARCAA - 2023

<input type="checkbox"/> Mme/Mlle	<input type="checkbox"/> 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 :

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier ou salarié	<input type="checkbox"/> Mixte
<input type="checkbox"/> Jeune installé de moins de 2 ans		
<input type="checkbox"/> Retraité actif	<input type="checkbox"/> Retraité non actif	

J'adhère à l'ARCAA en tant que :

<input type="checkbox"/> Docteur en médecine (35€)	<input type="checkbox"/> Membre médecin bienfaiteur (150€)
<input type="checkbox"/> 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