

## Bulletin d'adhésion à l'ARCAA - 2023

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**