

# Syndicat National des Radiopharmaciens



## PROFESSION DE FOI

Dans le cadre de la candidature au conseil d'administration du SNRPH

**NOM :**

**Prénom :**

**Age :**

**Statut professionnel :**

**Lieu d'exercice de la radiopharmacie :**

**Inter-région d'exercice** (parmi les 7 inter-régions de l'internat) :

Date :

Signature :