**S**yndicat **N**ational des **R**adio**Ph**armaciens

**DEMANDE d’ADHESION**

Période du 01/06 au 31/05

*Formulaire à compléter de préférence informatiquement*

Je, soussigné(e), **Nom – Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**sollicite mon adhésion au **S.N.R.P.H** auprès de son président. Je joins ma cotisation pour l’année.

Je suis déjà adhérent. J’envoie ma cotisation pour l’année. ***Remplir le formulaire si modifications de statut et/ou de coordonnées*.**

Année de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Statut :**  **Hospitalier** (membre actif)

**Interne** Semestre : \_\_\_\_\_ Année d’inscription au DESC : \_\_\_\_\_\_\_\_

Filière :  Phase socle  RPH  PHG

**Assistant spécialiste des hôpitaux**  **Assistant spécialiste des CLCC**

**PH**  **PHC**  **PH spécialiste des CLCC**  **PH généraliste des CLCC**

**Hospitalier et universitaire (**membre actif) Section CNU: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AHU**  **MCU-PH**  **PU-PH**

**Industriel** (membre associé)  **Autre statut** (à préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Exercice de la radiopharmacie :**

à temps plein  à temps partiel - préciser le temps dédié à la radiopharmacie :

Autre(s) activité(s) exercée(s) :

sur un seul site sur plusieurs sites (préciser leurs coordonnées dans la rubrique suivante)

Adresse Professionnelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél direct : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tél secrétariat : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse Personnelle *(obligatoire si vous ne souhaitez pas recevoir le courrier sur votre lieu de travail)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Le courrier devra m'être adressé : à mon adresse professionnelle à mon adresse personnelle

**Merci de faire parvenir votre cotisation d’un montant de :** *(montants votés lors de l’AG de 2024)*

GRATUIT pour les internes, en précisant le semestre  60 € pour les praticiens

40 € pour les assistants  110 € pour les industriels

**Vous pouvez payer la cotisation :**

**- en ligne via l’application Paypal disponible sur notre site (paiement gratuit et sans inscription préalable)**

**- ou par chèque à envoyer à l'adresse suivante :**

**Fabienne VIAL, Service Pharmacie CH Valence, 179 boulevard du Maréchal Juin – 26000 VALENCE**

**A réception de votre règlement, une attestation de cotisation vous sera automatiquement envoyée par mail.**

**Votre mot de passe vous est également envoyé par mail en cas de première adhésion**

***Conformément aux termes de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, nous vous informons que le fichier des adhérents est informatisé. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à tous les renseignements vous concernant.***

*- Acceptez-vous que ces coordonnées figurent dans l’annuaire des adhérents du site internet (*[*www.snrph.org*](http://www.snrph.org)*) dans l’espace réservé aux adhérents ?*  *Oui*  *Non*

*- Etes-vous d’accord pour que les informations vous concernant puissent être transmises à d'autres associations ou sociétés professionnelles dans un but de formation ou d’information professionnelle ?*  *Oui*  *Non*

**Nous vous remercions de votre confiance.**

**Date : Signature :**