**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 :**