

## FICHE D'ADHESION 2017

NOM	
Prénom	
Portable	
Email (en majuscule)	
EHPAD n°1 Adresse nombre de lits – ETP	
EHPAD n°2 Adresse nombre de lits – ETP	
Autre activité médicale	
Année de thèse	
Capacité ou DU	
Autres diplômes	

**Date de l'adhésion :**

**Tarif 2017 : 30 €** par chèque à l'ordre AMC69

**Texte libre :**