AFCET

ASSOCIATION FRANC-COMTOISE
D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

APPEL A COTISATION - ANNEE 2016

Cocher la case correspondante

MEMBRE INDIVIDUEL ☐

Nom : ..... **Prénom** : .....

Profession : .....

Statut : **LIBERAL** ☐ **HOSPITALIER** ☐ **AUTRE** ☐

Lieu d'exercice : .....

Adresse de contact : .....

.....

CP/Ville : .....

Téléphone :.....

Email (obligatoire) :.....

MEMBRE COLLECTIF ☐

Nom de la structure : .....
Représenté par :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse de la structure :.....

.....

CP /VILLE : .....

Téléphone :.....

Email (obligatoire) :.....

Cachet

Montant de la cotisation : **15,00 €uros / membre**

Règlement par chèque **à l'ordre de l'AFCET** et à adresser au : 1 rue François Charrière – 25000 BESANCON. Un reçu vous sera adressé par retour.

1, rue François Charrière – 25000 BESANCON – Tél. : 03 81 84 54 47 – email : afcet.fc@gmail.com