



COTISATION 2018

NOM : _____

PRENOM : _____

SPECIALITE : Médecin Généraliste Médecin généraliste nutritionniste
 Pédiatre Autre spécialité (précisez) : _____
 Diététicien Psychologue
 Autre professionnel (précisez) : _____

ADRESSE PROFESSIONNELLE : _____

TELEPHONE : _____ FAX : _____

E-MAIL : _____

SIGNATURE :

CACHET :

Pour les médecins, merci de joindre une feuille de soins barrée à votre nom la première année d'adhésion ou en cas de changement d'adresse professionnelle

Nouvelle adhésion :

Renouvellement :

Le montant de la cotisation est de 30 € pour l'année 2018, à l'ordre de REPOP IDF.
Merci d'établir votre correspondance à la coordination du REPOP IDF à l'adresse indiquée ci-dessous.