



FICHE AFFILIATION AFISO 2009

Mr / Mme NOM

NOM d'ÉPOUSE

PRENOM

ADRESSE PRIVE (envoi du courrier) rue

.....

CP..... VILLE.....PAYS.....

TELEPHONE :

ADRESSE MAIL :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

Hôpital.....

Rue

CP..... VILLE.....PAYS.....

TELEPHONEFAX

FONCTION :

DEJA MEMBRE : oui / non

COMBIEN D'ANNEE :

Infirmier(e) : affiliation 2009 + 3 revues /an = 25 euros

Si domiciliation = 22 euros

Etudiant 4 SOP : affiliation gratuite durant 1 an

Retraité(e) : affiliation 2009 + 3 revues / an + réduction congrès = 15 euros

Inscription

Fiche à renvoyer à : Brigitte Schoffeniels- Rue Antoine Dodion, 27- 4257 BERLOZ

par mail via le site internet AFISO

! Votre affiliation sera effective dès votre paiement au N° de **COMPTE AFISO : 360-0406527-06**
!!!! Pour les hôpitaux effectuant les virements de plusieurs personnes, bien préciser le nom des affiliés.