



ASSOCIATION DE PHARMACIE
HOSPITALIERE DE L'OUEST

BULLETIN D'ADHESION NOMINATIF

NOM : _____

PRENOM : _____

FONCTION : _____

ETABLISSEMENT : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

TELEPHONE PROF. : _____

FAX: _____

E-MAIL : _____

Désire adhérer à l'Association de Pharmacie Hospitalière de l'Ouest au titre de
l'année **2010** en tant que :

- ✓ Membre actif (hospitalier) : 20 € (1)
- ✓ Membre retraité : 20 € (1)
- ✓ Membre associé (industriel ou association) : 150 € (1)

(1) Montant exonéré de TVA – Rayer les mentions inutiles

Merci de renvoyer votre cotisation à :

Ronan LARGEAU
Pharmacien des Hôpitaux
C.H. Douarnenez
85 rue Laënnec
29100 DOUARNENEZ

L'APHO rappelle le droit de toute personne physique de s'opposer pour des raisons légitimes à ce que les informations nominatives fassent l'objet d'un traitement informatisé, ainsi que le caractère facultatif de l'inscription dans ce fichier. Le droit d'accès et de rectification dans les conditions prévues par la loi pour toute personne répertoriée dans ce fichier s'exerce auprès de l'APHO.

L'APHO est agréée pour la formation médicale continue sous le numéro FMC 100 445