**Bulletin d’adhésion à l’APROPHISP 2023**

**NOM : Prénom :**

Adresse électronique pour recevoir les informations de l’APROPHISP (merci d’écrire lisiblement) :

1 - ………………………………………………..@........................................

2 - …………………………………………………@......................................

Structure d’affectation : …………………………………Localité : ………………………………….

Région  : ……………………

Situation administrative dans le corps des PHISP :

❑ en activité

❑ élève en formation

❑ en détachement

❑ en mise à disposition

❑ retraité

❑ autre : …………

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Je souhaite adhérer à l’APROPHISP en qualité de :**

❑ Elève-Stagaire en 2023 je souhaite bénéficier de la gratuité 2023

❑ Membre actif (cotisation 25 €)

❑ Membre associé\* (cotisation 25 €)

❑ Membre d’honneur retraité (cotisation15 €)

❑ Membre bienfaiteur (cotisation de 50 € ou plus)

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Modalités de paiement :**

❑ Par virement sur le compte bancaire de l’APROPHISP

*FR76 3000 3017 1300 0500 7460 544 – APROPHISP –*

***Inscrire le commentaire suivant :*** adhésion APROPHISP 2023

***Signez, scannez votre bulletin 2023 au président par intérim Philippe LENOIR aux adresses suivantes :***[*aprophisp@proton.me*](mailto:aprophisp@proton.me) *et* [*philippetheblack@gmail.com*](mailto:Philippetheblack@gmail.com)

*(ou envoyez-le à adresse suivante :* **École des hautes études en santé publique** c/ Département METIS - Bureau D0158 - 15, avenue du Professeur-Léon-Bernard • CS 74312 - 35043 Rennes Cedex - France

**Fait le :**

**Signature :**

*🞾 Membre associé : pharmacien inspecteur en détachement dans le corps des PHISP ou ancien pharmacien inspecteur en activité hors le corps des PHISP ou Pharmacien Inspecteur dans un Pays étranger ou Pharmacien ayant la qualité d’inspecteur*