



AMPRA

APPEL A COTISATION 2020

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Tél :

email :

Adhère à l'AMPRA

Veillez cocher et préciser :

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Je suis MPR | 40 € | |
| <input type="checkbox"/> | Je suis DIU de Médecine de Rééducation | 40 € | Votre adhésion doit être validée par le Conseil d'Administration de l'AMPRA. En cas de refus, nous vous restituerons votre chèque |
| <input type="checkbox"/> | Je suis médecin d'une autre spécialité, précisez : | | |
| <i>J'ai besoin d'un justificatif d'adhésion pour ma comptabilité</i> | | | |
| <i>Ce document vous parviendra uniquement par mail</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> | Je suis interne | Votre inscription est gratuite mais vous devez tout de même renvoyer ce formulaire à notre secrétariat | |

Formulaire et chèque à l'ordre de l'AMPRA à :

Service de Médecine Physique et de Réadaptation
Hôpital Tastet Girard - CHU Pellegrin
Place Amélie Raba Léon
33076 BORDEAUX CEDEX