

Demande d'adhésion

Je soussigné(e) _____

Infirmier en anesthésie et réanimation élève SAR1 élève SAR2
désire devenir membre de l'A.L.I.A.R.

Adresse privée:

Rue et N° _____

Localité _____ C/P _____

Pays _____

Tel _____ Fax _____

e-mail _____

Adresse professionnelle:

Employeur _____

Service _____ Fonction _____

Localité _____ C/P _____

Pays _____

Tel _____ Fax _____

e-mail _____

Je désire recevoir mon courrier à mon adresse

professionnelle privée E-mail

En application de la loi du 2 août 2002 nous vous informons que vos données nominatives seront enregistrées sur support informatique. Votre signature ci-dessous autorise l'A.L.I.A.R. à utiliser vos données en vu d'une gestion rationnelle.

Fait à _____, le _____

Signature _____