

Association **C**ulturelle de la **F**aculté de **M**édecine **P**ierre et **M**arie **C**urie

ACFMPMC

Bulletin d'adhésion

2019

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Code Postal: **VILLE:**

TEL :

EMAIL :

Fonction : **Site d'affectation :**

Année : **2019 cotisation gratuite**

À Retourner accompagné d'une photo ET d'un justificatif d'appartenance à la Faculté de Médecine à :

ACFMPMC 91 Boulevard de l'hôpital 75013 Paris

Renseignements à l'accueil du 91 Bd de l'hôpital ou par mail à acfmPMC@gmail.com
