

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

ACFMPMC

Bulletin d'adhésion

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Code Postal: VILLE:

TEL :

EMAIL :

Fonction : Site d'affectation :

Année : **2022 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

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

ACFMPMC

Bulletin d'adhésion

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

Code Postal: VILLE:

TEL :

EMAIL :

Fonction : Site d'affectation :

Année : **2022 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