

**A**ssociation **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](mailto:acfmPMC@gmail.com)