

## BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

### Adhérent :

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Adresse postale personnelle (facultatif) : .....

.....

.....

### Hôpital :

Nom de l'hôpital de jour : .....

Nom du service : .....

Adresse postale : .....

.....

.....

Tel secrétariat : .....

FAX : .....

Tel IDE : .....

Email : .....

Tel médecin : .....

Site Internet : .....

### Responsable de la structure :

Nombre de place total : .....

Dont : ..... places de **MCO** ..... places de **SSR** ..... places de **Psychogériatrie**

*Merci de remplir ce bulletin et de nous l'adresser, accompagné de votre cotisation de 15 € à l'adresse ci-dessous :*

**Docteur Xavier de PETIGNY** --- Trésorier de l'APHJPA

Impasse des Nonnettes

76440 GRUMESNIL

Mail : [xavierdepigny@gmail.com](mailto:xavierdepigny@gmail.com)