

DEMANDE D'ADMISSION 2013

Titre :

Nom : **Prénom :**

Profession :

Fonction :

Organisme :

Adresse : Professionnelle - Personnelle

.....

Code Postal : **Ville :**

Pays :

Téléphone : **Télocopie :**

Portable :

Email :@.....

Parrainé par :

Et par :

Je vous fais parvenir ci-joint mon CV ainsi qu'une lettre de motivation et sollicite mon admission à la société francophone d'information médicale.

Date :

Signature :

Règlement par chèque (30€) :

Oui Non

Bulletin à retourner au Secrétariat de la SoFIME (Dr Namik Taright)

3, avenue Victoria 75184 Paris Cedex 04

Télocopie : +33 (0)1 40 27 30 48

Email : namik.taright@sap.aphp.fr