

**ASSOCIATION POUR L'ORDRE
DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DE FRANCE**

A.P.O.I.I.F.

BULLETIN D'ADHESION 2004

Merci d'écrire en majuscule

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

TEL. FIXE :

TEL. PORTABLE

E MAIL :

FONCTION

GRADE, SPECIALITE

(*) **MODE D'EXERCICE**

Privé

PUBLIC

LIBERAL

LIEU D'EXERCICE

Demande mon adhésion à l'ASSOCIATION POUR L'ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DE FRANCE

(*) Veuillez trouver ci-joint la photocopie de mon diplôme d'Etat d'infirmière, ainsi que le montant de mon adhésion annuelle, 10 Euros.

(*) Veuillez trouvez ci-joint mon certificat de scolarité ainsi que le montant de mon adhésion annuelle, 10 Euros. Je m'engage à fournir la photocopie de mon diplôme d'Etat d'infirmière dès qu'il sera en ma possession.

Conformément à l'article 27 de la loi du 06/01/1978, nous vous informons que les renseignements recueillis dans ce bulletin d'adhésion permettront d'établir un fichier confidentiel où seuls les membres du bureau national aurons accès. Vous conservez un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Fait à

le

Signature

(*) rayer la mention inutile

SIEGE SOCIAL 34 boulevard Voltaire, 75011 Paris. Téléphone/Fax 01 40 21 76 06.