

## Bulletin d'adhésion APHAL

Merci d'indiquer uniquement vos coordonnées professionnelles :

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

FONCTION : \_\_\_\_\_

ETABLISSEMENT : \_\_\_\_\_

SERVICE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_

CEDEX : \_\_\_\_\_

TELEPHONE BUREAU : \_\_\_\_\_

TELECOPIE : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

(à remplir très lisiblement)

Désire adhérer à l'APHAL au titre de l'année civile .....

**Règlement de 20 € uniquement par chèque à l'ordre de l'APHAL**  
**Merci de compléter ce bulletin et de la joindre à votre paiement et envoyer le tout à**

Mohamed EL AATMANI  
Service pharmacie  
Centre Hospitalier Bischwiller  
17 route de Strasbourg  
67241 BISCHWILLER Cedex

melaatmani@ch-bischwiller.fr