



Demande d'adhésion aux Amis du cicbaa

(L'admission à l'Association est prononcée par le Conseil d'Administration et intervient après règlement de la cotisation)

Nom.....

Prénom.....

Adresse professionnelle

Tel.....Fax.....

Adresse privée (facultatif)

Tel.....Fax.....

Allergologue : OUI NON

Autre compétence.....

Mode d'exercice : Libéral

Hospitalier

Mixte

Autre (Préciser).....

A..... Le.....

Signature

Cachet



Service de
Médecine Interne,
Immunologie Clinique
et Allergologie
Hôpital Central
29, Av. de Lattre de Tassigny
54035 NANCY Cedex