

**BULLETIN D’ADHESION CPDIS**

**Année 2024**

**NOM : ……………………………………. Prénom : ……………………………………**

Société : …………………………………………………………………………………………...

Fonction exercée : ……………………………………………………………………………….

Adresse / Ville : ………………………………………………………………………………….

Téléphone / Mobile : ……………………………………………………………………………

Adresse mail professionnelle : …………………………………………………………………

Adresse mail personnelle : ……………………………………………………………………..

**Merci de nous dire à quelle adresse mail souhaitez-vous recevoir les mails de convocations.**

**RENSEIGNEMENTS PERSONNELS** (facultatif)

Adresse / Ville / CP : ………………………………………………………………………….

Téléphone : ……………………………………………………………………………………….

**Cotisation annuelle de 70 euros**

**Règlement par virement,**

Association CPDIS

IBAN FR76 3000 3016 5800 0372 8165 229

BIC SOGEFRPP

Souhaitez-vous recevoir un reçu : OUI NON

Fait à : ……………………. le : …………………. Signature : ………………………….

**Bulletin à compléter et à envoyer au trésorier Christian RENAUX :** [**ch.renaux@outlook.fr**](mailto:ch.renaux@outlook.fr)

**En copie : cpdis@asso-cpdis.com**

**Membres : Participation aux conférences-débats mensuels 67 €**

**Pour les personnes invitées, non membres :80 €**

Cercle des Pharmaciens et Dirigeants des Industries de Santé (C.P.D.I.S.)

Association sans but lucratif régie par la Loi de 1901

[www.asso-cpdis.com](http://www.asso-cpdis.com)

cpdis@asso-cpdis.com