



Association des Médecins Dentistes Pharmaciens Iraniens en France

AMDPI – BP75-75622 Paris Cedex 13

M^{me} , M^{lle} , M^r

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse personnelle :

Appartement, numéro, rue : _____

Commune : _____ code postal : _____

Tél : _____, Fax : _____ **Email** : _____

Autorise la diffusion de mes coordonnées personnelles (entre les membres) : oui , non

Adresse professionnelle :

Appartement, numéro, rue : _____

Commune : _____ code postal : _____

Tél : _____, Fax : _____ **Email** : _____

Autorise la diffusion de mes coordonnées professionnelles sur le site Internet : oui , non

Situation professionnelle : Médecin : spécialité _____

pharmacien , dentiste , autre _____

Mode d'exercice :

Installation libérale , hôpitaux publiques , organismes de recherche , Industrie ,

sans activité , retraité , en cours d'étude , autres _____

Nom de 2 membres de l'AMDPI que vous connaissez :

Je soussigné(e) _____ certifie l'exactitude de toutes les informations précitées. Au sein de l'AMDPI, mes objectifs et mes activités seront conformes avec les statuts de l'association dont j'ai pris connaissance. Je donne mon accord à l'inclusion des informations demandées dans le fichier informatique de l'AMDPI, en conformité avec l'article 27 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978. J'ai la possibilité d'avoir accès aux informations me concernant et je signalerai les modifications qui s'y rapportent.

Date :

signature :

www.amdpifrance.com

amdpi@yahoofr

N° d'enregistrement : 98973P – 8 Mars 1991