



**FORMULAIRE D'ADHESION
Pour groupe PF constitué**

Personne de contact :

Nom:Prénom :

Adresse :

NPA/Ville :

Tél. :*E-mail :

Profession :Fonction :

Institution :

Adresse prof. :

Tél. prof. :

Marquer d'une croix ce qui convient

Nombre de membres du groupe PF constitué (min. 5)
(Merci de joindre en annexe la liste des membres du groupe PF)

COTISATION : de 5 à 10 membres :	Fr. 25.- par personne
de 11 à 20 membres :	Fr. 20.- par personne
dès 21 membres :	Fr. 15.- par personne

*Par souci financier, la majorité des courriers sera envoyée par mail. Merci de votre compréhension.

Date:Signature :

(à remplir par le secrétariat)

Demande d'admission présentée au comité ACoPraFor, le :