



# Devenir membre de la SFB

## Formulaire de parrainage SFB

Pour devenir membre de la SFB, merci de compléter le formulaire ci-dessous et de l'envoyer, signé par vos 2 parrains, à l'adresse ci-dessous :

### TMS EVENTS/ SFB Adhésion

Pôle d'activités de la Bretonnière - CS 60025 - 85607 MONTAIGU cedex - France

#### Identité

M<sup>me</sup>    M<sup>lle</sup>    M.    Dr    Pr

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

#### Profession

Médecin :

Anesthésiste-Réanimateur

Chirurgien

Rééducateur

Autre (préciser) : .....

Paramédical :

infirmière

kinésithérapeute / ergothérapeute

Autre (préciser) : .....

#### Adresse personnelle

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Port. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

#### Adresse professionnelle

Établissement : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Port. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

#### Parrainage 1

Date et signature :

..... / ..... / .....

Nom : .....

Prénom : .....

Établissement : .....

Code postal : ..... Ville : .....

#### Parrainage 2

Date et signature :

..... / ..... / .....

Nom : .....

Prénom : .....

Établissement : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Date et signature :

..... / ..... / .....