

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 :

Melissa DI RIENZO / SFB Adhésion

Live ! By GL events - 59, quai Rambaud - CS 80059 - 69285 Lyon cedex 02 - France

Identité

M^{me} M^{lle} 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 :

..... / /