



## Formulaire d'adhésion

(Merci d'écrire lisiblement)

Mr                       Mme                       Dr                       Pr

Nom :                                      Prénom :

Date de naissance :

Fonctions :

Spécialité principale :

Spécialité ou compétence complémentaire :

Date d'obtention du diplôme de spécialiste (DESC Réa, DES ou autre) :

Service (intitulé exact) :

Appartenance à autre syndicat : OUI NON

Adresse professionnelle :

Code postal : Ville :

Téléphone : Télécopie :

Courriel :

Signature :

Formulaire à adresser au Secrétaire Général :

Dr Benoît MISSET

Hôpital St-Joseph

Service Réanimation Polyvalente

185, rue Raymond Losserand

75014 PARIS

[bmisset@hpsj.fr](mailto:bmisset@hpsj.fr)

Siège Social :

SNMRHP

48, rue Claude Vellefaux – 75010 PARIS

Tél : 01 45 86 74 00 – Fax : 01 45 86 74 44

A l'attention de Chantal Sevens

[chantal.sevens@srlf.org](mailto:chantal.sevens@srlf.org)