

APPEL A COTISATION 2024

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____

Mode d'exercice :

- Hospitalier
- Libéral
- en collectivité territoriale
- associatif

Adresse professionnelle : _____

Tél. Professionnel : _____ Portable : _____

E-mail professionnel : _____

E-mail personnel : _____

Merci de bien vouloir remplir toutes les informations

Cotisation : 20 €

Règlement par chèque ou par virement bancaire.

Chèque à envoyer à : IRAAT, Centre Léon Bérard, Département Prévention Santé Publique,
28 rue Laennec 69008 Lyon

Virement bancaire sur le compte suivant. Merci de mettre une référence : votre nom suivi du mot cotisation.

Identification internationale (IBAN)							Code BIC
FR76	1027	8073	1900	0103	4084	007	CMCIFR2A

Date : _____

Signature :

Bulletin complété à renvoyer par courrier ou par mail (iraat-lyon@orange.fr)

