

## 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](mailto:iraat-lyon@orange.fr))**

