INSTITUT RHONE-ALPES AUVERGNE DE TABACOLOGIE

**APPEL A COTISATION 2021**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Activité professionnelle :

O Hospitalière

O Libérale

O Territoriale

O Associative

Adresse :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail professionnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail personnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Merci de bien vouloir remplir tous les items

***Cotisation : 20 €***

Par chèque ou par virement bancaire.

Chèque à envoyer à : IRAAT, HOPITAL DE LA CROIX ROUSSE,

 103 Gde Rue de la CROIX ROUSSE - 69004 LYON

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

Si virement bancaire merci de mettre une référence : votre nom suivi du mot cotisation.

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature :