



151, rue du Faubourg Saint-Antoine - 75011 PARIS
Tél : 01 40 29 85 00 - Fax : 01 40 29 85 08
email : camille.duranton@gercor.com.fr

BULLETIN D'ADHÉSION du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019

Merci de compléter ce bulletin lisiblement

NOM :	PRENOM :		
N° RPPS :			
SPECIALITE :	Anatomopathologiste <input type="checkbox"/>	Chirurgien <input type="checkbox"/>	Gastroentérologue <input type="checkbox"/>
	Oncologue <input type="checkbox"/>	Radiologue <input type="checkbox"/>	Radiothérapeute <input type="checkbox"/>
	Autre :		

LIEU D'EXERCICE :	ADRESSE PROFESSIONNELLE :
CHU <input type="checkbox"/>	
CH <input type="checkbox"/>	
Centre Anticancéreux <input type="checkbox"/>	
ESPIC <input type="checkbox"/>	
Autre :	

TELEPHONE :	MOBILE :
FAX :	
EMAIL :	

Je suis intéressé(e) par :

<input type="checkbox"/> Digestif colorectal	<input type="checkbox"/> Digestif autres	<input type="checkbox"/> Tumeurs ovariens	<input type="checkbox"/> ORL
<input type="checkbox"/> Oncogériatrie	<input type="checkbox"/> Phases précoces	<input type="checkbox"/> Soins de support	
<input type="checkbox"/> Autre, préciser :			

Je souhaite adhérer à l'Association GERCOR <input type="checkbox"/>	Je renouvelle mon adhésion à l'Association GERCOR <input type="checkbox"/>
--	---

Et m'engage, en tant que membre, à respecter les règles de fonctionnement de l'Association exposées dans les statuts et le règlement intérieur qui m'ont été remis.

Je joins mon règlement par chèque à l'ordre de l'Association GERCOR, d'un montant de 10 €.

Pour un règlement de votre cotisation par virement bancaire, merci de contacter le secrétariat de l'Association GERCOR.

Date :	Signature :
---------------	--------------------