



AMPRA

APPEL A COTISATION 2024

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Tél :

email :

Adhère à l'AMPRA

Veillez cocher et préciser :

<input type="checkbox"/>	Je suis MPR	40 €	
<input type="checkbox"/>	Je suis DIU de Médecine de Rééducation	40 €	Votre adhésion doit être validée par le Conseil d'Administration de l'AMPRA. En cas de refus, nous vous restituerons votre chèque
<input type="checkbox"/>	Je suis médecin d'une autre spécialité, précisez :		
<i>J'ai besoin d'un justificatif d'adhésion pour ma comptabilité</i>			
<i>Ce document vous parviendra uniquement par mail</i>			
<input type="checkbox"/>	Je suis interne	Votre inscription est gratuite mais vous devez tout de même renvoyer ce formulaire à notre secrétariat	

Formulaire et chèque à l'ordre de l'AMPRA à :

Service de Médecine Physique et de Réadaptation
Hôpital Tastet Girard - CHU Pellegrin
Place Amélie Raba Léon
33076 BORDEAUX CEDEX