

Je souhaite devenir membre de la SFAP :

Titre (Prof., Dr...).....

Nom.....

Prénom.....

Institution.....

Service.....

Adresse.....

Code postal/ Ville.....

Tél.....

Email.....

<input type="checkbox"/>	
Montant de la cotisation :	
50 €	
Pour l'année 2014 (du 1 ^e janvier au 31 décembre)	
Date	Signature

ADHERER A LA SFAP, C'EST :	
<input type="checkbox"/>	ECHANGER sur ses pratiques, entre professionnels
<input type="checkbox"/>	BENEFICIER de tarif préférentiel pour le Congrès SFAP
<input type="checkbox"/>	ACCEDER à l'espace-membres du Site Internet www.sfapsy.com

Règlement par chèque, à l'ordre de SFAP/MO, adressé à :

M&O Organisation · 21 Rue de la Varenne · 63122 CEYRAT · Tél. 04 73 61 51 88

À réception de votre bulletin M&O Organisation vous adressera un reçu.