

Je souhaite devenir membre de la SFAP :

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

Nom.....

Prénom.....

Institution.....

Service.....

Adresse.....

Code postal/ Ville.....

Tél.....

Email.....

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

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

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.**