



ALLIANCE DES INFIRMIERES CALEDONIENNES

syndic.adic98@gmail.com

TEL: 77.57.79

BULLETIN D'ADHÉSION ANNÉE 2025

Nom :	Prénom :
Nom du cabinet		RPPS	
Fixe :	Portable:
Email :@.....		
Zones d'activité ou structure		

PAR CHÈQUE	<input type="checkbox"/> En un seul règlement par chèque bancaire ou virement de 0 XFP pour les conventionnés et salariés du public et du privé
	<input type="checkbox"/> En un seul règlement par chèque bancaire ou virement de 0 XFP pour les remplaçants (es) .
PAR VIREMENT	RIB BNC 14889 00020 08500238423 02
MERCI DE METTRE VOTRE <u>NOM</u> et <u>NOM DU CABINET AU DOS DU CHÈQUE</u>	
<u>POUR LES VIREMENTS METTRE VOTRE <u>NOM</u> , <u>NOM DU CABINET</u> ET L'OBJET</u>	
Acceptez-vous que vos coordonnées professionnelles soient communiquées (patients, services de santé, organismes commerciaux etc...)? oui non	
Date d'adhésion :	<input type="checkbox"/> Première Adhésion au syndicat

Fait à _____, le _____

Signature

