

**ADHESION 2019**

**A L'ASSOCIATION DES MEDECINS INSPECTEURS DE SANTE PUBLIQUE**  
**et des MEDECINS DE SANTE PUBLIQUE**



Je soussigné(e),

Nom .....

Prénom .....

Lieu d'exercice actuel :

ARS  Préciser : Siège  ou DT

Administration Centrale  préciser DGS, DGOS, etc .....

Agence  préciser .....

Retraité

Autre  à préciser .....

Coordonnées professionnelles

Organisme.....

Adresse.....

Code postal.....

Ville.....

Téléphone.....

Email.....

Coordonnées personnelles (pour envoi du reçu)

Adresse.....

Code postal.....

Ville.....

Téléphone.....

Email.....

**Statut** MISP  Médecin Conseil  Médecin contractuel  AUTRE (à préciser SVP)  .....

adhère à l'AMISP, et joins un chèque de 35 Euros\* à l'ordre de l'AMISP.

Signature :

**A adresser à**

**AMISP**

**Association des médecins inspecteurs de santé publique**

**6 rue des Chartreux**

**75006 PARIS**

\*La cotisation peut être déductible des impôts au titre des frais professionnels

---

**Reçu de cotisation AMISP 2019**



Nous certifions que .....

a acquitté sa cotisation pour l'année 2019 à l'AMISP pour un montant de 35 Euros.

Docteur Bernard Faliu  
Président de l'AMISP

Docteur Brigitte Lefeuvre  
Trésorière de l'AMISP

