

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné(e), Nom : _____

Prénom : _____

Souhaite adhérer pour 2020 au Collège Régional de l'Information Médicale Poitou-Charentes au titre de

Médecin DIM Informaticien Statisticien Cadre TIM

Autre(préciser) : _____

Sous réserve de validation par le bureau du CoRIM

Coordonnées professionnelles

Établissement:

Adresse:

Code Postal:

Commune:

Téléphone:

Portable:

Courriel :

Je donne mon accord pour figurer dans l'annuaire Internet interne du CoRIM PC

Nom et coordonnées OUI NON

Photo OUI NON

Bulletin à adresser avec le chèque d'adhésion de 5 euros libellé à l'ordre du CORIM Poitou-Charentes

à : DIM – Centre Hospitalier de la Rochelle, rue du Dr Schweitzer, 17000 La Rochelle

CoRIM Poitou Charentes

Siège : DIM CH Niort – 40 Av. du Gal de Gaulle – 79021 NIORT CEDEX

Contact : contact@corimpc.fr

N° SIRET : 450 436 100 00017- N° d'agrément formation continue : 54790067579