

## BULLETIN D'ADHÉSION - 2024

Je soussigné(e), Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Souhaite adhérer pour **2024** 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 prioritairement par courriel/règlement par virement**

courriel : [florence.berthelemy@ght-atlantique17.fr](mailto:florence.berthelemy@ght-atlantique17.fr) ;

règlement de la cotisation annuelle de 5 euros par virement

IBAN FR11 3000 2081 5000 0007 0310 J67

BIC : CRLYFRPP

### **A défaut :**

Par voie postale : DIM – Centre Hospitalier de la Rochelle, rue du Dr Schweitzer, 17000 La Rochelle avec le chèque d'adhésion de 5 euros libellé à l'ordre du CoRIM Poitou-Charentes (non agrafé et non scotché au bulletin d'adhésion)

Le :

Signature :

**CoRIM Poitou Charentes**

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

**Contact** : [contact@corimpc.fr](mailto:contact@corimpc.fr)

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