

Association Nationale des Pharmaciens Retraités

(Remplissez directement en cliquant sur les champs prévus à cet effet)

Nom :**Prénom :****Adresse :****CP, Ville :****Téléphone :****E-mail :****Une cotisation de 38,00 euros est à régler par deux moyens possibles** **Par Virement bancaire****ou** **Par chèque à l'ordre de l'ANPR****Nom :** ASS NATIONALE DES PHARMACIENS
RETRAITES**IBAN :** FR76 3006 6102 2100 0107 3450 122**Bic :** CMCIFRPP**Libellé :** Adhésion NOM Prénom

à envoyer à l'adresse postale suivante :

Mr. Gerard Sallet - Trésorier de l'ANPR
80 rue Adrien Cavy
03700 BELLERIVE SUR ALLIER

Enregistrez puis renvoyez ce document PDF dûment rempli par mail à l'adresse suivante :

contact@pharmaciensretraites.fr**ou** _____**Par voie postale à l'adresse suivante** (à joindre au chèque si paiement par chèque):**Mr. Gerard Sallet - Trésorier de l'ANPR**
80 rue Adrien Cavy
03700 BELLERIVE SUR ALLIER