

Association Nationale des Pharmaciens Retraités

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

Nom :**Prénom :****Adresse :****CP, Ville :****Téléphone :**Si vous avez une adresse mail : adhérez en ligne [ici](#)**Une cotisation de 38,00 euros est à régler par deux moyens possibles**

Cotisation annuelle du 1er janvier au 31 décembre de l'année en cours

 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 Prénomà envoyer à l'adresse postale suivante
(avec ce bulletin d'adhésion dûment rempli) :**Mr. Gerard Sallet - Trésorier de l'ANPR**
80 rue Adrien Cavy
03700 BELLERIVE SUR ALLIER**NE PAS envoyer de chèque Rue Ballu****Enregistrez puis imprimez ce document PDF dûment rempli et envoyez-le :****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**Comment avez-vous connu l'ANPR ?**