

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**

Nom : ASS NATIONALE DES PHARMACIENS
RETRAITES

IBAN : FR76 3006 6102 2100 0107 3450 122

Bic : CMCIFRPP

Libellé : Adhésion NOM Prénom

ou **Par chèque à l'ordre de l'ANPR**

à envoyer à l'adresse postale suivante :

**ANPR
Maison des Pharmaciens
13 Rue Ballu
75009 PARIS**

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

Par mail :

contact@pharmaciensretraites.fr

ou

Par voie postale à l'adresse suivante (à joindre au chèque si paiement par chèque):

**ANPR
Maison des Pharmaciens
13 Rue Ballu
75009 PARIS**