



AIAIPHL

ASSOCIATION DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES EN PHARMACIE DES HÔPITAUX DE LYON

Bulletin d'Adhésion

Civilité :

Nom de jeune fille :

Nom :

Prénom :

Année de concours :

Faculté d'origine :

Filière :

☐ Biologie médicale,

☐ Pharmacie Hospitalière,

☐ IPR.

Adresse personnelle :

Rue :

Code postal :

Localité :

Portable :

Téléphone fixe :

Email personnel :

Email professionnel :

Je souhaite adhérer à l'AIAIPHL et accepter les statuts disponibles sur le site aiaiphil.com.

Je remplis les conditions :

- Pour un ancien interne des Hôpitaux de Lyon : assurer le paiement de la cotisation annuelle,
- Pour un interne en exercice : avoir effectué au moins 2 semestres dans les Hôpitaux de Lyon. L'exemption de cotisation annuelle est octroyée pendant la durée de l'internat.

Rappel des principaux buts et engagements de l'association :

- Établir entre les Internes et les Anciens Internes des liens de solidarité professionnelle,
- Défendre les intérêts moraux de ses membres,
- Contribuer à la formation et au perfectionnement des Internes.

Droit à l'image :

☐ J'autorise l'AIAIPHL, à utiliser mon image et sa diffusion sur la partie réservée de son site internet pour les besoins de sa communication.

☐ Je n'autorise pas.

*NB: Vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition ou de rectification aux données vous concernant dans le fichier de l'AIAIPHL ; en faire la demande auprès du président.

Date :

Signature :

Bernard Poggi, Président, Dominique Bozon, Secrétaire, Pierre-Jean Bondon, Trésorier