

Si vous exercez une profession médicale, paramédicale ou ayant un rapport direct avec le secours préhospitalier vous pouvez adhérer à l'IRMAPS et participer à la vie de l'association.

**BULLETIN D'ADHESION 2018**

NOM : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....VILLE : .....

Date de naissance : .....Profession : .....

Tél : .....

Mail : .....@.....

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne.*

- Je souhaite adhérer à l'association IRMAPS et transfère les 20€ de droit d'inscription versés pour la participation à la 27<sup>ème</sup> édition de la SAMU's Cup en montant de la cotisation IRMAPS
- Je souhaite adhérer à l'association IRMAPS et règle ma cotisation de 20€

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'association et transmis sur simple demande. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Fait à : ....., le .....

**Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)**