

Titre : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_

Spécialité exercée : \_\_\_\_\_

Statut et fonction : \_\_\_\_\_

Coordonnées professionnelles :

Etablissement : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_ BP : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Cedex : \_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel professionnel : \_\_\_\_\_

Coordonnées personnelles :

Adresse : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mobile : \_

Courriel personnel : \_\_\_\_\_

**IMPORTANT :** Pour recevoir notre lettre d'information, une **adresse électronique non-professionnelle valide et non filtrée** est indispensable

« Déclare adhérer au Syndicat des Praticiens des Hôpitaux Publics au titre de l'année civile 2023, dont le montant de la cotisation annuelle est de **120 € pour nos adhérents en activité** et de **60 € pour nos soutiens retraités** ».

Règlement par chèque à l'ordre du SPHP

Merci de retourner le bulletin d'adhésion, éventuellement corrigé et accompagné de votre chèque, à :  
**Dr Mario Ruben Sanguina, GHPSO Creil Senlis, Bd Laënnec, 60100 CREIL**