UNARM
UNION NATIONALE DES ASSISTANTS DE RÉGULATION MÉDICALE

Bulletin d'adhésion

N° adhérent :

Titre : Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Coordonnées personnelles

Adresse :
Adresse :
Code postal : Ville :
Adresse E-mail Personnelle :
Numéro de Téléphone Fixe :
Numéro de Téléphone Portable :

Coordonnées professionnelles

Etablissement :

N° Dépt du SAMU :

Membre adhérent : ☐ **35,00 €uros (lire : trente-cinq €uros)**
(ARM en poste dans un CRRA) L'adhésion inclut une protection juridique pénale professionnelle.

Membre bienfaiteur : ☐ **Montant :**
(Sympathisant, donateur)

Une facture acquittée vous sera adressée, pour justificatif au titre de la cotisation syndicale, donnant droit à une réduction sur votre imposition de revenus.

Règlement par : Numéraire : ☐ Chèque : ☐ Carte Bancaire (Paypal) : ☐

Pour adresser votre règlement par chèque :
UNARM Bat A le Chloris 13 Bd du Redon, 13009 Marseille

Date : / / Signature :