UNARM
UNION NATIONALE DES ASSISTANTS DE RÉGULATION MÉDICALE

Bulletin d'adhésion

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 :
CFARM :

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

ELEVE CFARM ☐ **15,00 €uros (lire : quinze €uros)**

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 (Payplug) : ☐

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

Date : / / Signature :

UNARM – Bat A le Chloris 13 Bd du Redon 1300 MARSEILLE. Tél : 07.82.57.73.72 Fax : 09.72.25.37.98
Courriel : contact@unarm.fr – Site : www.unarm.fr –