

DEMANDE ADMISSION

COMITE LUTTE- HYPERTENSION France

PROFESSIONNEL DU MONDE DE LA SANTE

NOM :

PRENOM :

ANNEE NAISSANCE :

Adresse mail :

Quelle a été cette année votre activité principale ?

Médecin Pharmacien Infirmier

Autre indiquez laquelle _____

Retraité d'une profession de santé indiquez laquelle _____

Etudiant en santé indiquez la filière _____

Salarié d'une entreprise ou d'une administration voulant s'impliquer dans la lutte contre l'HTA
indiquez son nom _____

Je déclare sur l'honneur que mon activité principale ou que ma formation aux professions de santé est localisé :

- sur le territoire de la République Française.
- en dehors du territoire de la République Française.

(Une case à cocher obligatoirement pour rendre valide votre demande)

Je demande par l'envoi de ce formulaire à devenir membre associé du Comité Français de Lutte Contre l'HTA (CFLHTA). L'acceptation de ma candidature me sera confirmée par mail.

Oui (Case à cocher pour rendre valide votre demande)

J'ai compris que je bénéficierai des avantages liés au statut de membre associé du CFLHTA qu'après avoir réglé la cotisation annuelle.

Oui (Case à cocher pour rendre valide votre demande)

Date de la demande :

Formulaire à envoyer sur contact@hypertensionfrance.fr