



# AMPRA

## APPEL A COTISATION 2023

NOM :

PRENOM :

Adresse :

Tél :

email :

Adhère à l'AMPRA

Veillez cocher et préciser :

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/>   | Je suis MPR  | 40 €   |  |
| <input type="checkbox"/>   | Je suis DIU de Médecine de Rééducation             | 40 €   | Votre adhésion doit être validée par le Conseil d'Administration de l'AMPRA.<br>En cas de refus, nous vous restituerons votre chèque |
| <input type="checkbox"/>   | Je suis médecin d'une autre spécialité, précisez : |  |  |
| <input type="checkbox"/> J'ai besoin d'un justificatif d'adhésion pour ma comptabilité<br><i>Ce document vous parviendra uniquement par mail</i> |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | Je suis interne                                    | Votre inscription est gratuite mais vous devez tout de même renvoyer ce formulaire à notre secrétariat |  |

Formulaire et chèque à l'ordre de l'AMPRA à :

Service de Médecine Physique et de Réadaptation  
Hôpital Tastet Girard - CHU Pellegrin  
Place Amélie Raba Léon  
33076 BORDEAUX CEDEX