

Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
BULLETIN D'ADHESION

A adresser à la S.F.A.R. : à l'attention du Secrétaire Général
74 Rue Raynouard 75016 PARIS

Monsieur le Secrétaire Général,
J'ai l'honneur de solliciter mon admission à la Société Française d'Anesthésie
et de Réanimation en qualité de membre.

Je verserai le montant (*) d'une cotisation
d'une cotisation + un abonnement

(à remplir en caractères d'imprimerie)

Mr Mme Melle (COCHER LA CASE CORRESPONDANTE)

NOM: _____ Prénom: _____

Nom de Jeune Fille: _____ Nationalité : _____

Année de Naissance: _____ N°Tel: _____

N° Fax: _____ Mèl : _____

ADRESSE: N°: _____ Rue: _____

CODE POSTAL: _____ VILLE: _____ PAYS: _____

Je déclare être: (COCHER LA CASE CORRESPONDANTE)

Docteur en Médecine Année: _____ Faculté: _____

Titulaire du DES Titulaire du DIS Titulaire du CES Année: _____

Equivalence DES ou CES. Compétence Année : _____

Diplôme Etranger d'Anesthésie: Année : _____ Faculté: _____

• Qualification Préciser: _____

Titres Hospitaliers Et/Ou Universitaires: _____

Je déclare exercer: PRIVE HOPITAL GENERAL CHU LABORATOIRE AUTRE

• Pour les médecins **non qualifiés en anesthésie - réanimation**, merci d'indiquer la spécialité :

Urgence Chirurgie Réanimation médicale
 autre - Préciser : _____

Noms adresses et signatures des deux parrains()**

1^{er} parrain: _____

2^{ème} parrain: _____

Etudiant inscrit au diplôme: 1^{ère} année 2^e A: 3^e A: 4^e A:

A _____ LE _____

(*) Rayer la mention inutile

(**) POUR LES MEDECINS SEULEMENT Signature: _____

Les membres associés et titulaires doivent faire état de deux parrains membres titulaires de la société
qui doivent signer le bulletin de demande d'adhésion.

Pour les **étudiants**, il suffit de joindre un certificat de la faculté en **précisant l'année d'inscription**.
NE PAS ADRESSER DE REGLEMENT AVANT L'ACCEPTATION DE VOTRE DEMANDE.