

Association des *Personnels de Néphrologie Pédiatrique*

Nom : Prénom : Fonction :
Service : Hôpital :
Tel direct : E-mail :

souhaite adhérer à l'A.P.N.P.pour l'année civile 2012
et joint le règlement de 15 euros

A, le

Signature :

Contact : C. CLARKE tél : 02 47 47 47 54 (dialyse)
fax : 02 47 47 86 86
E-mail : cclarkecat75@gmail.com
Service d'Hémodialyse-Néphrologie Pédiatrique -
CHU Clocheville , 49 Bd Béranger 37000 TOURS

Association des *Personnels de Néphrologie Pédiatrique*

Nom : Prénom : Fonction :
Service : Hôpital :
Tel direct : E-mail :

souhaite adhérer à l'A.P.N.P.pour l'année civile 2012
et joint le règlement de 15 euros

A, le

Signature :

Contact : C. CLARKE tél : 02 47 47 47 54 (dialyse)
fax : 02 47 47 86 86
E-mail : cclarkecat75@gmail.com
Service d'Hémodialyse-Néphrologie Pédiatrique -
CHU Clocheville , 49 Bd Béranger 37000 TOURS