



BULLETIN D'ADHESION AU SERVICE SOS MAM

ATTENTION !

Ce service propose du conseil médical à distance et ne peut en aucune sorte jouer le rôle d'une assistance rapatriement !

Organisme :	Domaine d'Activité :
<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mr Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Tél. :	Fax :
e-mail :	Site Internet :

Le suivi d'une formation IFREMMONT ou d'une Téléformation est la condition *sine qua non* d'accès à ce service.

Je m'abonne au service SOS MAM

- J'ai suivi une formation à l'Ifremmont DATE DE LA FORMATION : ____/____/____/
- J'ai suivi une téléformation avec le Docteur _____ le : ____/____/____/
- Je prends un RV pour une téléformation : formation@ifremmont.com
- Je suis inscrit à la prochaine formation théorique du : ____/____/____/

Je règle par chèque à l'ordre de ALTIDOC

Je règle par virement bancaire

IBAN : **FR76 3000 3001 0300 0270 0635 641**

BIC-ADRESSE SWIFT : **SOGEFRPP**

Coût de l'abonnement annuel : 100€ (valable pour l'année civile en cours)

Coût de l'abonnement ponctuel : 35€ (valable pour la durée de l'expédition)

Fait à : _____, le : _____

Cachet et signature :

Merci de renvoyer ce bulletin d'adhésion

par e-mail : contact@ifremmont.com

par fax : au 04 50 53 84 06

ou par courrier : IFREMMONT – Hôpital de Chamonix –

509 route des Pèlerins

74400 Chamonix

n° de déclaration d'activité formation : 8274 02125 74

SELAS ALTIDOC

Société médicale filiale de l'IFREMMONT

509 route des Pèlerins - 74400 Chamonix France

Téléphone: +33 4 50 53 84 35

Adresse de messagerie : altidoc@ifremmont.com

SIRET : 807744183700018