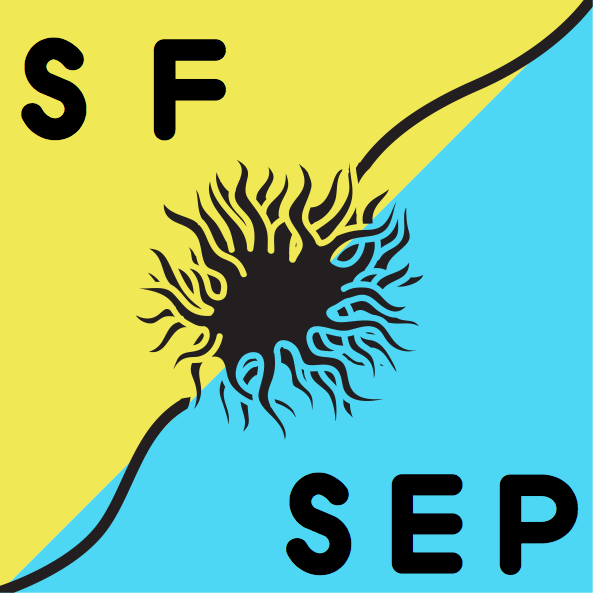
**BULLETIN D’ADHESION SFSEP**



**Société Francophone de la Sclérose En Plaques**

**Identité**

🞏 Mademoiselle 🞏 Madame 🞏 Monsieur

NOM

PRENOM

**Profession**

🞏 Neurologue 🞏 Autres (préciser)

**Mode d’activité**

🞏 Hospitalo-universitaire

🞏 Hospitalier

🞏 Libéral

🞏 Recherche institutionnelle (INSERM, CNRS…)

🞏 Interne

🞏 Etudiant / post-doc

🞏 Autres :

**Adresse (professionnelle/personnelle)**

Service

Institution

Adresse

Code postal

Ville

Pays

**Adresse e-mail**

**Numéros de téléphone/Fax**

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………………………… souhaite

Nom Prénom

adhérer à la Société Francophone de la Sclérose en Plaques. La cotisation est de 10 euros.

Date Signature