

## Bulletin d'adhésion à l'ARCAA

### Année 2021

Mme/Mlle

Mr

NOM :

Prénom :

Adresse Professionnelle :

Code Postal :

Ville :

Tél :

Mobile :

E-mail (pour recevoir les infos de l'ARCAA) :

Spécialiste qualifié en Allergologie

Autre (précisez) :

Allergologue Exclusif non qualifié

Mode d'exercice :

Libéral

Hospitalier ou salarié

Mixte

Jeune installé de moins de 2 ans

Retraité actif

Retraité non actif

J'adhère à l'ARCAA en tant que :

Docteur en médecine (35€)

Membre médecin bienfaiteur (150€)

CMEI ou CHS (25€)

Règlement par chèque libellé à l'ordre de « ARCAA »

Cachet et signature de l'adhérent

A adresser à :  
ARCAA - c/o Cabinet médical  
du Docteur Isabelle Bossé  
146 avenue des Corsaires  
17 000 LA ROCHELLE

Un justificatif vous sera envoyé par mail à réception de votre règlement