

**www.amevah.fr**

**BULLETIN D’INSCRIPTION**

**ASSOCIATION DES MEDECINS VASCULAIRES HOSPITALIERS**

( ) Madame ( ) Monsieur

**NOM : Prénom :**

Hôpital :

Service :

Adresse postale :

e-mail : n° de téléphone :

**Type d’activité :**

( ) consultations ( ) explorations vasculaires

( ) hospitalisation ( ) recherche clinique

( ) phlébologie interventionnelle ( scléroses, traitement endoveineux thermique, phlebectomies)

( ) autres :

**BULLETIN DE COTISATION 2024**

Merci d’adresser votre cotisation de 25 euros à notre trésorier à l’adresse correspondante : Docteur Jean-Eudes TRIHAN, Service de médecine vasculaire ; HOPITAL de CHOLET – 1 rue marengo - 49300 CHOLET CEDEX69

Vous pouvez également procéder à un virement en utilisant le RIB en page 2 (merci de préciser votre nom dans les commentaires du virement).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECU FISCAL A CONSERVER**

Reçu du DOCTEUR………………………………………….par chèque N°………………………………………….. De la banque………………………………………………………………, de 25 euros correspondant à la cotisation AMEVAH (association des médecins vasculaires hospitaliers) pour l’année 2024, en date du…………………………………………………………….. Siège social : 18, rue de l’Université – 75007 PARIS

