



ASSOCIATION FRANCOPHONE
RÉGIONALE D'IMAGERIE
NUCLÉAIRE DU NORD

Nom | _____ | Prénom | _____ |
Adresse | _____ |
| _____ |
Ville | _____ | CP | _____ |
Pays | _____ |
Tél | _____ | Mail | _____ @ _____ |

Je soussigné(e), souhaite renouveler mon adhésion comme **membre de l'AFRINN**, Association Francophone Régionale d'Imagerie Nucléaire du Nord, association loi 1901 née le 8 juillet 1998 à Lille conformément à la loi de 1901.

Je règle ma cotisation annuelle de 10 Euros par chèque bancaire à l'ordre de l'AFRINN, à adresser à :

Dr Jean **BOCHET**
Trésorier de l'AFRINN
Hôpital Privé Saint Claude
1 Boulevard Albert SCHWEITZER
02100 SAINT QUENTIN

Fait à _____ le _____ 2015

Signature