

**DOSSIER DE CANDIDATURE  
PERSONNE PHYSIQUE**



Association  
BON USAGE DU MÉDICAMENT

Nom : .....

Prénom : .....

Activité professionnelle : .....

Adresse : .....

Ville : ..... CP : .....

N° tél. : .....

E.mail : .....

→ Précisez l'ancienneté de l'organisation : .....

→ Pour quelle(s) raison(s) souhaitez-vous adhérer ? :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....