



Association
Luxembourgeoise des
Infirmiers/ières en
Pédiatrie

Demande d'adhésion

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Email: _____

N° de téléphone: _____

Lieu de travail: _____

- Membre actif: 25€,
- Membre passif(en retraite): 15€
- Membre Junior: 15€ (élèves et étudiants)

Date: ___/___/___

Signature: _____

Association luxembourgeoise des infirmiers/ières en pédiatrie A.S.B.L

- En soumettant ce formulaire, j'accepte que l'association ALIP utilise mes données personnelles dans le cadre de leur Association. Aucun autre traitement ne sera fait avec mes données personnelles autre que pour les besoins de l'ALIP.