

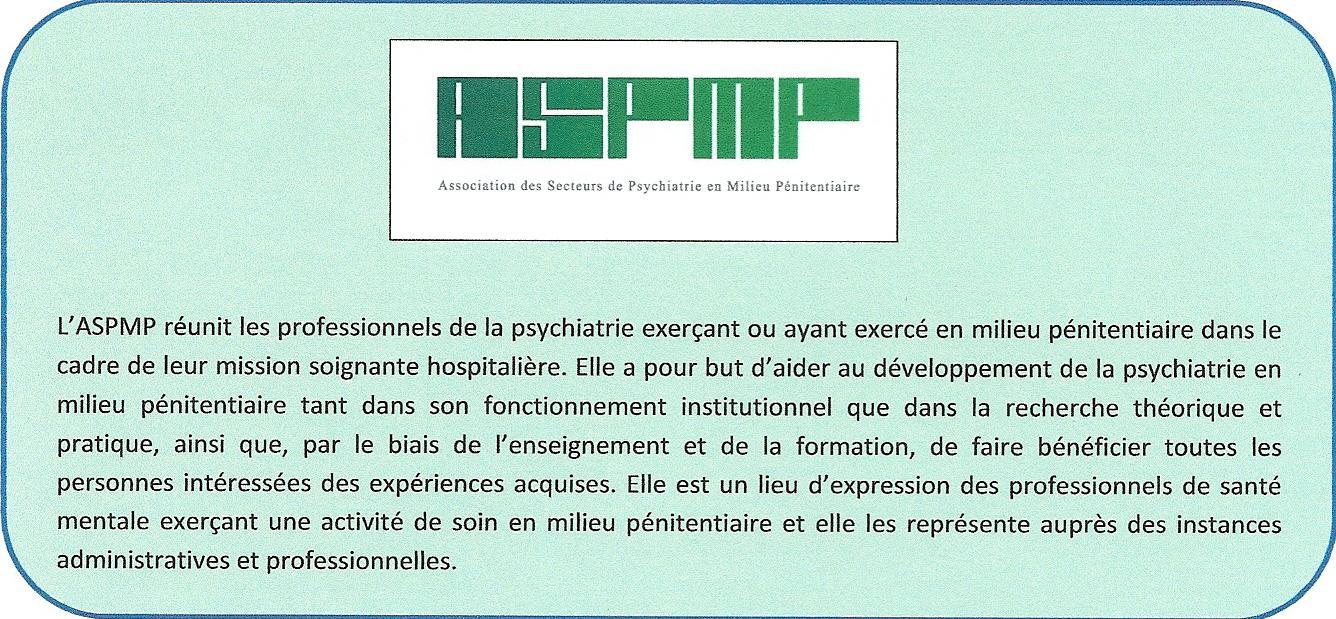
| **Nom** |
| --- |
| **Prénom** |
| **Profession** |
| **Adresse professionnelle[[1]](#footnote-0)** |
| **SMPR** □ **DSP** □ **UHSA** □ **AUTRE** □ précisez : |
| **Membre actif[[2]](#footnote-1)** □  **Membre adhérent3** □ (précisez le lieu et la période d’exercice en milieu pénitentiaire)  **Cotisation 2024 : 30 €** à envoyer à Dr **Olivier GIRON** – Trésorier ASPMP - CHU de Nantes - SMPR Maison d'Arrêt - rue de la Mainguais - 44093 Nantes Cedex 1. Chèque à libeller à l’ordre de l’ASPMP. |
| **Tel professionnel** |
| **Mél professionnel** |
| **Adresse personnelle (facultatif)** |
| **Tel mobile (facultatif)** |
| **Mél personnel (facultatif)** |
| **Date** |
| □ **Je demande mon adhésion à l’ASPMP**  □ **Je renouvelle mon adhésion à l’ASPMP** |
| **Signature** |

**ATTESTATION DE COTISATION**

Je soussigné, Dr Olivier **GIRON**, trésorier adjoint de l’ASPMP, atteste que :

est à jour de sa cotisation pour l’année 2024.

Dr Olivier **GIRON**



1. Indiquer en les entourant vos préférences de coordonnées de contact, notamment pour l’adresse électronique [↑](#footnote-ref-0)
2. Les statuts prévoient que les membres dits actifs ont une activité professionnelle actuelle soignante en milieu pénitentiaire (SMPR, DSP/UCSA, UHSA). Les membres dits adhérents ont eu une activité dans le passé en milieu pénitentiaire. Seuls les membres actifs ont droit de vote. [↑](#footnote-ref-1)