



Bulletin d'adhésion

Membres actifs

Veuillez compléter et retourner à l'adresse ci-dessous
votre bulletin-réponse accompagné de votre règlement.

Mlle ☐ Mme ☐ M ☐

Nom:

Prénom: Date de naissance:

IDE ☐

IBODE ☐

IADE ☐

Médecin ☐

Autres ☐

Centre hospitalier d'exercice :

Téléphones: Professionnel:..... Personnel:

E-mails: Professionnel:

Personnel:.....

Date de début d'exercice de la profession de perfusionniste:

Formation(s) suivie(s): ☐ Master CEC et Assistances ☐ VAE

☐ D.U. CEC

☐ D.U. Assistances

Autre:

Pour les infirmiers inscrits à l'ONI:

N° RPPS :

N° ordinal:

Vos souhaits de formation pour 2025/2026:

.....
.....
.....

☐ Adhère à la SFACCEC

Date:

☐ Autorise la SFACCEC à communiquer
mes coordonnées à l'EBCP

Signature:

Cotisation 2025 : 40 €

Règlement de la cotisation à l'ordre de la SFACCEC

A adresser au trésorier de la SFACCEC : 176 Avenue du Général de Gaulle - 54380 DIEULOUARD

Email: secretariat@sfaccec.fr