



# 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 2026/2027:

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

☐ Adhère à la SFACCEC

Date: .....

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

Signature:

Cotisation 2026 : 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](mailto:secretariat@sfaccec.fr)