

## ADHESION AU BOPP

NOM : -----  
PRENOM : -----  
HOPITAL : -----  
ADRESSE : -----  
E-MAIL : -----  
TEL : -----  
FAX : -----

- Je souhaite m'inscrire comme membre effectif.**

Je suis membre de l'AFPHB et j'exerce ma profession de pharmacien dans un hôpital ayant une activité oncologique.

Je déclare adhérer au règlement d'ordre intérieur du BOPP (cf. site AFPHB).

Date et signature

- Je souhaite m'inscrire comme membre adhérent.**

Mes motivations sont les suivantes :

-----  
-----  
-----

Je déclare adhérer au règlement d'ordre intérieur du BOPP (cf. site AFPHB). Je payerai une cotisation annuelle conformément à ce règlement.

Date et signature

A RENVOYER AU SECRETARIAT DU BOPP :

Gisèle Leclercq - Cliniques Universitaires St Luc - Pharmacie -  
Avenue Hippocrate 10 - 1200 Bruxelles

Ou à confirmer par mail [gisele.leclercq@clin.ucl.ac.be](mailto:gisele.leclercq@clin.ucl.ac.be)

Veuillez reprendre toutes vos données dans votre courriel