



Octobre 2015

DEMANDE D'ADMISSION¹ EN QUALITÉ DE « MEMBRE CORRESPONDANT »

(à renvoyer au Secrétariat de l'AAEIP, 28, rue du Docteur Roux - 75724 PARIS Cedex 15

Site web : www.pasteur.fr : formation / AAEIP)

Cotisation + abonnement 2016 : étudiants¹ : 14 euros ; autres : 50 euros

1°) **PATRONYME** (dans le cas d'un nom composé, indiquer celui qui doit figurer en premier sur la correspondance **PRÉNOM USUEL**.....

NATIONALITÉ..... **DATE DE NAISSANCE**.....

2°) **ÉTAT CIVIL** (encadrer la mention retenue)

Madame ; Monsieur ; Madame / Monsieur le Docteur ; Madame / Monsieur le Professeur

3°) **ADRESSE** de réception du courrier.....

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

TÉLÉPHONE fixe Cellulaire.....

TÉLÉCOPIE..... **ADRESSE ÉLECTRONIQUE**.....

4°) **FORMATION (INITIALE, COMPLÉMENTAIRE) et DIPLÔME(S)**

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

5°) **PROFESSION**.....

6°) **FONCTION(S) ACTUELLE(S) ou DERNIÈRE(S) FONCTION(S) EXERCÉE(S)**

Préciser si retraité(e)

.....
.....

7°) **SUJETS D'ÉTUDES et / ou d'INTERETS PRIVILÉGIÉS**.....

.....

¹ Merci de joindre votre règlement (chèque, autorisation de prélèvement par carte bancaire ou numéraire) à la demande d'admission ; votre compte ne sera débité qu'au moment de la confirmation de votre inscription.

8°) VOUS ETES (ou avez été) : **EXPERT, RESPONSABLE DE CENTRE DE RÉFÉRENCE POUR LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES, CONSULTANT, MEMBRE DE CONSEILS SCIENTIFIQUES, DE COMMISSIONS, DE COMITÉS, DE SOCIÉTÉS SAVANTES** (merci de préciser).....

L'**Annuaire** (électronique et papier) de l'AAEIP est réservé exclusivement à ses aux membres.

- J'accepte que les données me concernant figurent dans l'annuaire de l'AAEIP
 Je n'accepte pas que les données me concernant figurent dans l'annuaire de l'AAEIP

Date et signature :

Date d'arrivée de la demande.....
Avis de la Commission des Admissions.....
Date d'approbation du Conseil d'Administration.....
Numéro de carte d'adhérent.....

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT PAR CARTE BANCAIRE

NOM..... PRENOM.....

• autorise l'Association des Anciens Elèves de l'Institut Pasteur à prélever à partir de ma carte bancaire la somme indiquée ci-dessous en règlement de ma cotisation « Membre correspondant et de mon abonnement au Bulletin

Paiement par carte bancaire (Visa, Eurocard ou Mastercard)

N° () () () () Expire fin (/)

Trois derniers chiffres du cryptogramme figurant au verso / / /

COTISATION et ABONNEMENT 2014 : 50 € 14 €

• Ajoute un DON ⁽¹⁾ : 10 € 25 € 40 € 60 €
 autre _____

• TOTAL À PRÉLEVER _____ €

(1) qui donnera lieu à un reçu fiscal « dons aux oeuvres » (déduction de 66% du montant du don, dans la limite de 20% du revenu imposable : un don de 60 € « revient » ainsi à 20,40 €

Date et signature :