



BULLETIN D'ADHESION N°

A L'UNION NATIONALE DES PHARMACIENS PRIVES DU MALI

Nom :

Prénom :

Numéro d'inscription à l'ordre : Section : Sexe :

Région : Ville :

Quartier : Adresse :

Contacts :

E-mail :

WhatsApp :

J'atteste avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur qui régissent l'Union Nationale des Pharmaciens Privés du Mali (UNPPM) et, m'engage à les respecter scrupuleusement.

J'adhère librement à l'UNPPM et appose ma signature, sur le présent, pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à : ; le

Signature