

Association Luxembourgeoise des
Assistants Techniques Médicaux
de Laboratoire, a. s. b. l.
1, rue Louis Rech
L- 3555 Dudelange
C.C.P.: IBAN LU72 1111 1002 9901 0000

DEMANDE D'ADHESION

A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE ET A RENVoyer

👉 ACCOMPAGNEE D'UNE PHOTO PASSEPORT ! 👈

Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____

Matricule nationale : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____

L- _____

Téléphone : Privé : _____ GSM : _____ Bureau : _____

Télécopie (fax) : _____ Adresse email : _____ @ _____

👉 Mentionnez ci-après TOUS vos diplômes et joignez une photocopie de ceux-ci 👈

Activité professionnelle actuelle : _____

Lieu d'exercice de votre profession : (Clinique ; Hôpital ; Laboratoire)

Adresse : _____

L- _____

Veillez préciser si vous êtes membre d'une autre société scientifique nationale ou internationale, si oui, laquelle ?

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des statuts et en m'engageant à m'y conformer, sollicite mon adhésion à l'association luxembourgeoise des assistants techniques médicaux de laboratoire en qualité de membre actif. (exerçant actuellement ma profession) respectivement qualité de membre-honoraire. (biffer la mention inutile !)

Lieu : _____ Date : _____ Signature du déclarant : _____