



COUPON A RENVOYER à l'adresse suivante :

**SMPS
47 Boulevard de l'Hôpital
Cour Mazarin, Bât IFSI
- 75651 PARIS Cedex 13 -**

Mme, M.
Prénom Année de naissance.....
Grade..... Classe.....
Fonctions.....

Coordonnées professionnelles (obligatoire)

Etablissement.....
.....
Service.....
Adresse.....
.....
Code postal..... Ville.....
Tel Tel.Port :

E-mail.....

Coordonnées personnelles pour recevoir votre courrier syndical au domicile

Adresse.....
.....
Code postal..... Ville.....
Tel : Port :

E-mail.....

Retrouvez nous sur smpsante.fr