

Année 2025

Nom  Prénom

Profession

Type d'exercice  Entreprise  Inter-entreprises  Autre (à préciser)   
 Fonction Publique  Fonction Hospitalière

**Coordonnées personnelles :**

Adresse

Ville

Code Postal

Tél

E-mail

**Coordonnées professionnelles :**

Employeur

Adresse

Ville

Code Postal

Tél

Fax

E-mail

**Adresse à utiliser pour la correspondance**  personnelle  professionnelle

**Je règle la cotisation annuelle de 60,00 euros pour l'année 2025**

Règlement à libeller à l'ordre de l'IUSTE et à adresser avec le présent bulletin au siège social de l'Institut dont l'adresse est mentionnée en pied de page.

complété à , le  2025  
Signature