

Demande d'admission dans

l'Association Suisse de Médecine Transfusionnelle / ASMT

Par la présente, je dépose la demande d'admission dans l'Association Suisse de Médecine Transfusionnelle / ASMT:

Nom, prénom _____

Profession _____

Adresse _____

Email _____

L'admission est appuyée, conformément au règlement, par le membre suivant de l'ASMT:

Nom _____

Signature _____

**Veillez, s'il vous plaît, retourner ce formulaire à:
SVTM, c/o Blutspende SRK Schweiz, Laupenstrasse 37, Postfach, 3001 Bern**

Date _____

Signature _____