

FORMULAIRE D'INSCRIPTION
A L' A.E.M.H.S.M.

Institution :

Nom : **Prénom :**

Adresse :

.....

☎ :

Mail :

URL : http://

Souhaitez-vous :

- Adhérer à l' Association
- Recevoir des informations
- Recevoir le dernier bulletin de l' Association

Avez-vous des questions ou des observations ? :

.....
.....
.....
.....

A renvoyer à :

**Musée d'Histoire de la Médecine de Paris
Secrétariat de l'AEMHSM
12, rue de l'Ecole de Médecine
75006 Paris**

www.aemhsm.org