



## Adhésion AGRUS

**Nom :**

**Prénom :**

**Adresse postale :**

**Email :**

**Numéro Téléphone :**

**Formation :**

---

- Médecine
- Pharmacie
- Maïeutique (sage-femme)
- Autre :

.....

.....

**Paiement :**

---

- Chèque

---

A renvoyer à l'adresse ci-dessous :

**AGRUS - Communication Secteur Santé**  
Facultés de Médecine & Pharmacie - Domaine de la Merci - 38700 La Tronche