Société Française de Transfusion Sanguine

Dossier de candidature – Membre Individuel

|  |
| --- |
| **Nom (Mr, Mme, Mlle) : Prénom :**  |
| **Adresse postale :**  |
| **Tél :****e-mail :** | **Fax** :  |
|  |  |
| **Nom et adresse de l’établissement (si différente de l’adresse postale) :**  |
| **Fonction exercée**: **Titres Hospitalo-Universitaires :****Parrains membres de la SFTS\* (nom et signature) :** 1)2)  |
|  |
|  **Date et signature :****\* En l’absence de parrains, merci de nous adresser votre CV avec une lettre de motivation** |
|  |  |